



**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA; FACULTAD DE PSICOLOGÍA;
TRABAJO FINAL DE ESPECIALISTA**

Carrera: Especialización en Neuropsicología

**Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que
concorre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso
Clínico**

**Lic. en Psicología Norma Cristina Chiesa
Docente supervisor Académico: Esp. Emanuel Pompilio**

San Luis, Año 2023

Agradecimientos

A Jesús de la Divina Misericordia y a Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, que me acompañan cada instante más allá de mi fe. A mis hijos Bianca Donatella y Santos Gabriel, con su apoyo, su compañía, su sentido del humor, y su sentido del Amor, mi vida está completa y miro el futuro con esperanza. A mi supervisor Emanuel Pompilio, por su guía durante el recorrido de este trabajo, por su dedicación en cada devolución, por su compartir su tiempo, sus conocimientos y su experiencia, agradecida por siempre profe. A Mariana Carrada y a Jimena Arroyo, por el tiempo dedicado, por sus sugerencias, por el apoyo recibido a lo largo de esta carrera de posgrado. A la Universidad del Aconcagua, por recibirme entre sus alumnos.

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Planteamiento del Problema	7
Desarrollo de Antecedentes.....	10
La Situación en América Latina.....	10
La Salud Pública en Argentina	11
El Envejecimiento Como Constructo Social y Evolutivo.....	12
Los Cambios Biológicos en el Envejecimiento Normal.....	15
El Rol de la Neuropsicología en el Envejecimiento.....	17
El Papel de la Reserva Cognitiva en el Envejecimiento	19
El Envejecimiento Patológico	21
Trastornos Neurológicos y Psiquiátricos en su Intersección con la Neuropsicología	23
Trastorno Depresivo Mayor.....	23
Trastorno Neurocognitivo Mayor	24
Enfermedad de Alzheimer	25
Demencia Vascular.....	26
Demencia Frontotemporal.....	27
Demencia por Cuerpos de Lewy.....	28
Enfermedad de Parkinson	28
El Déficit de Vitamina B12 en los Cuadros Neurológicos. Alzheimer y Demencia Alcohólica.....	29
Enfermedades Priónicas	30
Predictores del Deterioro Cognitivo.....	31
El Rol de la Estimulación Cognitiva.....	34
La evaluación Neuropsicológica	39
El Uso de Baterías Rígidas o Flexibles.....	39
Desarrollo del Estudio Realizado	39
Objetivo General.....	39
Objetivos Específicos	39
Diseño y Tipo de Estudio	40
Procedimiento.....	40

Caso Clínico	40
Instrumentos de Evaluación	42
Resultados	51
Datos de la Paciente	51
Historia Clínica	52
Entrevista Neuropsicológica	52
Semiología y Estados Afectivos	52
Resultado de la Evaluación e Integración de Resultados	53
Integración de Resultados	63
Sugerencias de Tratamiento/Intervención	64
Discusión de Resultados	64
Conclusiones	67
Referencias Bibliográficas Consultadas	69
Anexos	76

Índice de Figuras y Tablas

Figura 1 - Atención	53
Figura 2 - Memoria	54
Figura 3 - Fluencia Verbal	54
Figura 4 - Habilidades Visuoespaciales.....	55
Figura 5 - Funciones Ejecutivas.....	55
Tabla 1 - Puntuación Figura de Rey- Osterreith	46
Tabla 2 - Instrumentos administrados, dominio cognitivo evaluado y baremo utilizado	49
Tabla 3 - Dominios, Puntajes Brutos Obtenidos, Desviación Estándar y Puntaje Z.....	56
Tabla 4 - Instrumento Aplicado, Puntaje Bruto Obtenido y Puntaje Z Obtenido	60

Resumen

El presente Trabajo Final de Especialización en Neuropsicología tiene por objeto describir el perfil de un adulto mayor de 82 años que concurre a un taller de estimulación cognitiva en la ciudad de San Luis, a través de un estudio de caso único y como objetivos específicos: especificar las características clínicas y evolutivas del envejecimiento normal y patológico, evaluar el perfil psicológico de un paciente que asiste a un taller de estimulación cognitiva en la etapa vital de la vejez, evaluar las funciones cognitivas, atención, memoria, habilidades visuconstructivas, orientación témporo-espacial y funciones ejecutivas, y cuáles se encuentran alteradas, especificando el impacto de las funciones cognitivas y de los síntomas neuropsiquiátricos en el contexto del paciente según el ciclo vital que atraviesa. La paciente presenta un perfil mnésico, con deterioro primario en la codificación y evocación, con un importante déficit en el dominio cognitivo memoria, y se encontraron divergencias entre las pruebas administradas para funciones ejecutivas. Se realizó una comparación cualitativa teniendo presente los aspectos generales y específicos del envejecimiento normal y del envejecimiento patológico.

Palabras claves: Neuropsicología – Envejecimiento – Taller – Estimulación Cognitiva

Introducción

El presente Trabajo Final de Especialización en Neuropsicología tiene por objeto describir el perfil de un adulto mayor que concurre a un taller de estimulación cognitiva, a través de un estudio de caso único.

Respecto de los adultos mayores, la etapa del envejecimiento es todo cambio en la estructura y funcionalidad desde el punto de vista biológico, que comienza en la etapa embrionaria y continua hasta la senectud, y como tal, es progresivo, dinámico, irreversible, y complejo. Ocurre en todo ser vivo y entra en juego la relación entre los aspectos genéticos del sujeto que envejece y su medioambiente.

En la diferenciación entre envejecimiento normal o fisiológico y envejecimiento patológico, el primero, que es característico del declive debido al paso de los años, y que, pese a que hay cambios y un declive en función de la edad, permite al sujeto una adaptación acorde en los aspectos físicos, psicológicos y sociales, al medio en que se halla inserto. Mientras que, en el caso del envejecimiento patológico, que, si bien comporta como el anterior cambio físicos, bioquímicos, de funcionalidad, cognitivos y psicológicos, en este caso es debido a enfermedades, tumores, hábitos no saludables (sedentarismo, tabaco, alcohol entre otros), estrés cotidiano, traumatismos físicos, etc., (Caballero García, 2010).

Es en este sentido que, así como se plantean actualmente diversas alternativas para prevenir enfermedades físicas: ejercicio físico, alimentación saludable, evitar el alcohol, el tabaco, tener un ritmo de sueño adecuado, también hay posibilidad de prevenir y/o ralentizar el deterioro cognitivo, y la asistencia a un taller de estimulación cognitiva es una de las elecciones posibles. Otras elecciones serían: el aprendizaje de nuevas habilidades, de un idioma, estudiar algo nuevo, mantener una vida social activa, etc.

En este trabajo se ha planteado, a través de la evaluación neuropsicológica de una paciente que concurre a un taller de estimulación cognitiva, que, así como debe cuidarse el cuerpo para mantenerlo sano y prevenir enfermedades, hacer otro tanto con el cerebro permite

prevenir el riesgo de deterioro cognitivo.

Las investigaciones recientes en la temática demuestran que la promoción en salud implica modificar aquellas conductas humanas y situaciones del ambiente que tenderían a contraer enfermedades o a mantener las mismas, es decir que, no se puede modificar la conducta del adulto mayor sin considerar su entorno; esta promoción se manifiesta a través de acciones que directa o indirectamente promueven la salud y previenen la enfermedad (Arechabala, 2007).

Por ello, realizar actividades que tengan por objeto mejorar el rendimiento cognitivo, cumple la función de optimizar la calidad de vida y promover en las personas mayores un desempeño autónomo y funcional, como es el caso de la paciente cuya evaluación neuropsicológica es el objeto del presente trabajo.

Planteamiento del Problema

Para Acosta, Dorado y Utria (2014, citado en Pompilio y Bottaro, 2022), la neuropsicología clínica es;

Una especialidad que aplica principios de evaluación e intervención basados en el estudio científico de la conducta humana, tanto en lo referente al funcionamiento normal como al funcionamiento anormal del sistema nervioso central. Busca particularmente enlazar y entender las relaciones conducta- cerebro y la aplicación de tales conocimientos a los problemas humanos. La neuropsicología clínica se ha involucrado como un área especializada de conocimiento y de práctica con amplios fundamentos inter e interdisciplinarios (p. 8).

Acosta et al (2014), han señalado además, respecto del quehacer profesional del neuropsicólogo clínico, basándose en los postulados de la Asociación Americana de Psicología en su división 40, que este debe aplicar criterios científicos para estudiar el comportamiento

humano y establecer una relación con el funcionamiento normal o anormal del funcionamiento del sistema nervioso central, y en base a esto proceder a aplicar criterios metódicos para la evaluación, diagnóstico, estimulación y /o rehabilitación neuropsicológica. Esto requiere del conocimiento de “técnicas neuroanatómicas, electrofisiológicos, de neuroimagen y psicofísicas” (Pompilio y Bottaro, 2022, p. 8). Todo esto permitirá que el profesional esté cualificado para la aplicación de una vasta batería de tests que permiten evaluar y dar cuenta del funcionamiento y eventual daño en los diferentes dominios cognitivos (Pompilio y Bottaro, 2022).

Para Galvin et al. (2005), la principal finalidad de la evaluación neuropsicológica es poder diagnosticar cuáles dominios cognitivos han sido afectados por alguna lesión cerebral o afección, y cuáles se mantienen intactos. Esto requiere, en primer lugar, conocer el origen del requerimiento, en qué contexto es realizado, si hay o no anosognosia, como también aquellas dificultades físicas que puedan contribuir a agravar el cuadro, tales como problemas auditivos y/o visuales, entre otros. Asimismo, ha de tenerse presente el nivel de educación del paciente al momento de la realización de la evaluación, ya que sobre todo este último aspecto va a permitir la adecuada selección de la batería neuropsicológica a administrar y los baremos correspondientes.

Sin embargo, como mencionan Pompilio y Bottaro (2022), en Neuropsicología no se trata sólo de evaluar, diagnosticar y realizar estimulación y/o rehabilitación de los dominios afectados, sino que la prevención y promoción de la salud cognitiva es un eje fundamental y que debiera tener presencia en toda planificación de salud pública y privada, “con experticia en evaluación para que pueda tener su correlato estadístico y a su vez un posible tratamiento.” (p. 2).

En esta línea, los autores han señalado la notable dificultad que atraviesan las personas con enfermedades mentales graves en diferentes regiones y su dificultad para acceder a dispositivos de intervención neuropsicológica de calidad, con expertos formados en el área, a lo

que se suma la falta de contención familiar y de apoyo social y económico, lo que lleva a estos grupos a ser frecuentemente segregados y postergados incluso de las políticas de planificación de salud pública.

Los autores han sostenido, por esto mismo, que resulta de vital importancia, en la evaluación de un paciente, el tener presente cómo impacta en este el funcionamiento anormal del sistema nervioso, no sólo en lo atinente a sus funciones cognitivas y su conducta, sino cómo estos desórdenes repercuten en forma integral en su calidad de vida, en la familia del paciente, y en las emociones de este.

Siguiendo esta misma línea, la evaluación neuropsicológica en pacientes adultos mayores, en conjunto con otros exámenes, tiene un rol fundamental al momento del diagnóstico de demencias, ya que permite objetivar el deterioro cognitivo, y proporciona información sobre la autonomía del paciente (Molina, 2016).

Debido a que las demencias son una de las principales causas de discapacidad durante la adultez tardía, y siendo las quejas subjetivas de memoria uno de los principales motivos de consulta, no solo del paciente sino también de los familiares de este en los servicios de neurología y psiquiatría, resulta de vital importancia la realización de un adecuado perfil neuropsicológico del paciente, pero también y no menos importante, la prevención del deterioro cognitivo del sujeto (Molina, 2016).

Dentro de los factores que inciden en la evaluación neuropsicológica conviene tener presente los cambios cognitivos asociados con el envejecimiento, ya que al aumentar los rangos etarios tiende a haber una dispersión mayor en las puntuaciones obtenidas en las pruebas neuropsicológicas (Ardila, 2012). Como también que aquellos sujetos que mantienen una ejecución alta corresponderían al grupo de los de “envejecimiento exitoso” (Ardila, 2012, p. 4), mientras que los individuos que presentan un declive acelerado en sus dominios cognitivos podrían llegar, eventualmente, a presentar una demencia (Ardila, 2012).

En este sentido es que el objeto de este trabajo se propone presentar un caso clínico de una paciente que concurre a un taller de estimulación cognitiva en un centro especializado en tal fin, que fue abordado durante la práctica profesional. Se pretende, mediante el análisis de la selección de las técnicas administradas y una revisión bibliográfica actualizada sobre el tema, aportar al conocimiento de los pacientes adultos mayores, y sus eventuales dificultades cognitivas y neuropsicológicas, y cómo se expresa cada una ya sea que se trate de una persona que atraviesa por una etapa de envejecimiento exitoso, o que por el contrario se trate de un envejecimiento patológico, y el rol que en estos casos puede tener un taller de estimulación cognitiva.

Desarrollo de Antecedentes

La Situación en América Latina

En los países América Latina, se ha observado en las últimas décadas un aumento de la población de personas mayores, llegando a ser el 15,7 de la población total en 2020, según datos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Este envejecimiento de la pirámide poblacional, cuya aceleración se está incrementado rápidamente, con una estimación del 22% de la población mayor de edad hacia 2050 se debería a varios factores, entre ellos el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la tasa de fecundidad y los movimientos migratorios (Oliveri, 2020).

Pedraza (2013), señala que, si bien el incremento de la esperanza de vida es uno de los logros sobresalientes del mundo contemporáneo, constituye al mismo tiempo un serio desafío, en el sentido de que en esta franja etaria se observa, si bien no en todos los adultos mayores, un declive de las funciones cognitivas, siendo el más frecuente la pérdida de la memoria. Es por ello por lo que, preservar el buen funcionamiento cognitivo permite a la persona adulta mayor conservar su autonomía personal, y que pueda realizar el mayor número de actividades posibles sin afectar su calidad de vida.

La Salud Pública en Argentina

Abarca tres sectores: el sector público, el seguro social obligatorio (obras sociales) y el privado (Pompilio y Bottaro, 2022).

Los autores sostienen que el primero incluye todas las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que proveen atención médica gratuita, en general personas que no poseen obra social o servicio de medicina prepaga, y que no pueden responder económicamente por la consulta médica y sin capacidad de pago.

Respecto de la salud mental en el ámbito público, si bien desde hace varios años se promueve la desinstitucionalización de las personas que padecen afecciones mentales graves, la Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (Ley 26657/2010), promueve entre otros cambios, el trabajo interdisciplinario entre profesionales de la Neurología, Psiquiatría, Psicología, Neuropsicología, Terapia Ocupacional, entre otros, y que ese trabajo conjunto tienda a una concepción de salud mental integral (art. 8). La mencionada ley alude también a un trabajo intersectorial con énfasis en que sea fuera del ámbito hospitalario (art 9), con el consentimiento informado para toda intervención y con la adecuada comprensión del paciente según sus posibilidades y capacidades (art.10) y donde las internaciones sean en casos excepcionales, no como parte del protocolo habitual hospitalario (art. 14). Entre otros postulados. En la práctica, los profesionales de la salud mental específicamente han debido recurrir a la actualización de sus conocimientos para estar en condiciones de brindar una asistencia clínica acorde al estado del arte, como señalan Garay y Korman (2008).

Como sostienen Pompilio y Bottaro (2022), los avances tecnológicos en el campo de la salud han permitido una mejor comprensión de la mente y del cerebro que nos posibilita conocer con mayor exactitud los diferentes cuadros patológicos y por tanto hacer mejores intervenciones acordes a las necesidades de cada paciente en particular. Pero esos cambios y

avances también se enfrentan con la resistencia a incorporar esos conocimientos a las prácticas habituales de la profesión, ya sea por razones económicas en las políticas públicas, como por la carencia de un suficiente número de profesionales capacitados en el campo de la Neuropsicología, como es el caso de la provincia de Mendoza, según han señalado Pompilio y Bottaro (2022).

En nuestro país, concretamente, en el sistema de salud pública se carece de adecuados programas de prevención y promoción de la salud cognitiva, tal y como señalan Pompilio y Bottaro (2022), lo que conduce a reiteradas dificultades al momento de posibilitar una adecuada evaluación neuropsicológica y por consiguiente un diagnóstico que permita un correcto abordaje de cada paciente particular. La disciplina no se halla consolidada en el sistema público de salud, como es el caso de Mendoza. En lo que respecta a la Provincia de San Luis, no hay siquiera datos.

Esta situación conduce a que los pacientes que dependen del sistema de salud pública se hallan en riesgo de no poder acceder a una adecuada evaluación, diagnóstico y tratamiento específico respecto de los “estándares de buenas prácticas” (Guinea, 2015, p. 14). Es decir, no solo enfocarse en el diagnóstico del daño y tratamiento, sino en la promoción de una mejor calidad de vida para las personas.

El Envejecimiento Como Constructo Social y Evolutivo

Aunque el envejecimiento es parte ineludible de todo el ciclo vital, desde la concepción hasta la muerte, y presente en todas las culturas, dentro de estas adquiere una relevancia y un significado diferente, y es así como, según como sea interpretada la vejez, sumado a la presencia o no de ciertos estereotipos vinculados al proceso de hacerse mayor, la vejez tendrá, o no, connotaciones negativas, según han señalado Alvarado García et al; (2014). Simone de

Beauvoir (1970), a propósito del término, se refiere al mismo en su obra homónima como una etapa “incierto, confusa y contradictoria” (p. 105), preguntándose si, en esta sociedad contemporánea los viejos pueden ser considerados seres humanos, como si no tuviesen las mismas necesidades e iguales derechos que el resto de las personas, concluyendo en su obra que condenar a la desdicha a los adultos mayores es un claro signo de fracaso de la sociedad occidental contemporánea.

¿Qué es entonces el envejecimiento? Papalia et al. (2009) sostienen que cuando se habla de Envejecimiento, el término es referido a la serie de modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que ocurren en el ser humano, y que, si bien se mencionan por separado, constituyen un todo interrelacionado, donde la afectación en un área produce efectos en las demás. La OMS (2015) define al término como “la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente, a la muerte”. Rodríguez-Artalejo (2011) agrega que muerte y envejecimiento, si bien son dos conceptos diferentes cuyo punto en común es su irreversibilidad, difieren en que la muerte es un estado inalterable, pero el envejecimiento es un proceso que cursa inexorablemente sujeto a constantes variaciones. Se explica la muerte sin envejecimiento, pero no al contrario.

A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas se ven afectadas por una serie de cambios. Los mismos, se refieren a la presencia de déficits cognitivos o de disminución o pérdida de memoria, que interfieren en la realización de actividades complejas (Puig, 2001).

López y Calero (2009), señalan además que en el envejecimiento normal incluso hay un deterioro cognitivo, pero en este caso estaría asociado a la edad avanzada, y donde las dificultades más notorias se reflejarían en los dominios memoria, capacidad de aprendizaje, funciones ejecutivas, motricidad. Como también hay un decremento en el procesamiento de la

información

En este sentido, el constructo deterioro cognitivo, como sostienen Gutiérrez Rodríguez y Guzmán Rodríguez (2017), fue introducido en 1988 por Reisberg y definido por Flicker (1991) para referir un déficit cognitivo superior a lo esperable según la edad y nivel educacional en un individuo, y aunque se lo consideró en ese entonces un proceso degenerativo, que precedía a la demencia, actualmente se sabe que no necesariamente una persona con deterioro cognitivo leve va a evolucionar a una demencia. En esta línea, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (a partir de ahora DSM V) (2014), reemplazó la categoría Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos por la denominada Trastornos neurocognitivos y se cambian los términos demencia por el de trastorno neurocognitivo mayor, y el de Deterioro Cognitivo Leve (a partir de ahora DCL), por trastorno neurocognitivo menor

Por lo tanto, los criterios centrales para diagnosticar deterioro cognitivo leve son: el mantenimiento del grado de independencia funcional en las actividades de la vida diaria, tales como el cuidado personal, las actividades cotidianas, el manejo de las finanzas y de la medicación, y la ausencia de demencia.

Volviendo al constructo envejecimiento, Flint y Tadi (2020), han señalado que los cambios que se evidencian durante esta etapa vital, en consideración a un envejecimiento normal, serían los siguientes:

Cambios neurocognitivos:

- Disminución del volumen cerebral, mayormente en los lóbulos frontal y temporal.
- Disminución del número de neuronas, con aumento del número de conexiones sinápticas, algo que hasta cierto punto compensaría la pérdida.
- Disminuye el flujo sanguíneo cerebral
- Variación en los niveles de neurotransmisores.

Los mismos autores han sugerido que las modificaciones mencionadas tienen su impacto en la inteligencia, en la memoria, en la atención y en la concentración, en el lenguaje, en las funciones visuoespaciales y en las funciones ejecutivas (Flint y Tadi, 2020).

En la inteligencia, se observa un decremento en el aspecto psicomotriz, en los tiempos de reacción y en la inteligencia fluida, entendida como la capacidad de procesar rápidamente información nueva (Flint y Tadi, 2020).

En la memoria, disminuyen la memoria declarativa, que incluye la memoria episódica (el recuerdo de acontecimientos pasados), y la memoria semántica (el lenguaje y el significado de las palabras). No ocurre lo mismo con la memoria no declarativa (habilidades aprendidas).

Respecto de la atención y la concentración, hay un decremento de la concentración y de la capacidad de hacer varias cosas al mismo tiempo.

Las funciones ejecutivas se ven disminuidas también, principalmente en lo referente a la planificación y resolución de problemas.

En el dominio lenguaje se observa una disminución de la fluencia verbal y de la denominación de objetos o afasia de expresión (Flint y Tadi, 2020).

Los Cambios Biológicos en el Envejecimiento Normal

Cambios en las funciones sensoriales: para Taffet (2021), puede observarse disminución en:

- **Visión:** Disminuyen la función de la glándula lagrimal, la elasticidad de la lente y la fuerza del músculo ciliar. Hay atrofia conjuntival y del tejido periorbital. Por lo tanto, hay menor agudeza visual.
- **Audición:** Hay pérdida de células ciliadas en el órgano de Corti (cuya función es transformar la energía mecánica de las ondas sonoras en energía nerviosa), se adelgazan las paredes del oído externo y el cerumen es más seco. Esto conlleva a problemas con la localización de los sonidos y con la discriminación del habla.

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- Gusto y olfato: Disminuye el número de neuronas olfativas y como consecuencia disminuye el gusto. Como también disminuye el tamaño de las papilas gustativas.
- Patrones del sueño: Taffet (2021) señala que hay una disminución de la capacidad de mantener el sueño y la calidad de este, disminuye el sueño REM, hay aumento de la frecuencia de despertar nocturno y de los despertares tempranos.
- Masa corporal y metabolismo: para Taffet (2021), otro cambio importante y evidente es la disminución de la masa muscular y ósea, como también de la tasa metabólica basal y de las necesidades calóricas con aumento de la grasa corporal.

Cambios a nivel sistémico: Besdine (2019) menciona que en esta etapa vital son esperables los siguientes:

- Función digestiva: se observa un aumento de esofagitis por reflujo, gastritis, del estreñimiento.
- Función excretora: disminución del flujo sanguíneo renal, de la masa y la función renal, de la activación de la vitamina D, y un aumento de la fibrosis.
- Función inmunitaria: Inmunidad innata: disminuye el número de macrófagos y la eficacia de los neutrófilos, y se produce una desregulación que deriva en inflamación crónica. En la inmunidad adaptativa se observa una involución del timo representada en la disminución del número de células T, como también de células B y anticuerpos para patógenos específicos. Hay por tanto mayor susceptibilidad a infecciones y tumores malignos.
- Función cardiovascular: Dugdale (2020) menciona un aumento de la rigidez de los vasos sanguíneos, de la Presión Arterial y de las enfermedades coronarias. Hay cambios en la estructura cardíaca, deterioro de la función diastólica, disminuye levemente la frecuencia cardíaca y la respuesta al estrés.

- Piel: Hay un decremento en la elasticidad, la función regenerativa, la capacidad de termorregulación, y la síntesis de la vitamina D.
- Cambios sexuales: Dugdale (2020) señala que en los hombres se ven lentificadas las erecciones y eyaculaciones, con un aumento del período refractario. En las mujeres, debido a la disminución de los estrógenos se observa un aumento en la sequedad vaginal, atrofia y adelgazamiento de las paredes vaginales. Se observa también disminución o ausencia del deseo sexual, de la excitación y dolor durante las relaciones sexuales. Estos cambios ya comienzan a ser evidentes durante la menopausia.

Por lo tanto, en cualquier individuo que se encuentre atravesando esta etapa vital en condiciones normales de envejecimiento, se van a poder evidenciar los cambios citados anteriormente, los que son endógenos, es decir, no debidos a agentes externos, son universales y por lo tanto todos los sujetos los experimentan en esta etapa de su vida, son progresivos en general, y van a producir alguna alteración en el organismo.

El Rol de la Neuropsicología en el Envejecimiento

Tal y como expresan Fernández-González, Lapedriza y Unturbe (2003);

La neuropsicología como tal no es desde luego una ciencia nueva, ya que ha evolucionado progresivamente, desde aquellos que pretendían encontrar la residencia del alma, pasando por aquellos que implementaron las primeras técnicas “digitales” como la frenología, hasta los estudios más avanzados y complejos que en la actualidad nos podamos imaginar, al tratar de “fotografiar” en tiempo real la activación de una red neural responsable de un determinado proceso cognitivo, como es capaz de hacer, por

ejemplo, en la actualidad una técnica como la magnetoencefalografía (p. 68).

En este sentido la neuropsicología en el envejecimiento (que hoy dentro de la disciplina es una subdisciplina llamada neuropsicogerontología, pero que a los fines del presente trabajo se va a central en la disciplina en sus aspectos generales y con una mirada integral de la misma), apunta a mantener, estimular y sostener la autonomía y la dignidad del adulto mayor, durante el mayor tiempo posible. La posibilidad de promover la preservación de las funciones cognitivas es fundamental, y una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva en las personas mayores de edad.

La neuropsicología, concretamente en el proceso de envejecimiento, tiene por función evaluar, rehabilitar, estimular o mantener diferentes funciones cognitivas de las personas mayores y pueden ser alteradas por el estado de ánimo, por factores ambientales, o también puede ocurrir que las mismas se vean afectadas por diferentes circunstancias, como por ejemplo traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares (ACV), tumores, enfermedades neurodegenerativas, tales como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, demencia por Cuerpos de Lewy, etc.

Por lo tanto, el papel de la neuropsicología en la tercera edad es, en primer lugar, ayudar a la realización de un diagnóstico adecuado. También se trata de un complemento para otros profesionales clínicos con el objetivo de desarrollar un trabajo multidisciplinar adecuado y proporcionar pautas al entorno familiar y social más próximo a la persona afectada.

Villalba Agustín y Espert Tortajada (2014) han sugerido que todas las investigaciones recientes ya han puesto de manifiesto la capacidad de las neuronas para regenerarse y establecer nuevas conexiones, y esta información es de vital importancia ya que en el caso de los adultos mayores que atraviesan por un envejecimiento en condiciones normales, como también en el caso de personas con deterioro cognitivo leve o con una demencia en fase leve o moderada, con lo que los autores llaman “una terapia específica temprana” (p. 73), que no

sería otra cosa que la estimulación cognitiva, es posible rehabilitar funciones cognitivas pero además también es posible retardar el progreso del deterioro cognitivo “y estabilizar su estado funcional” (p. 73). La estimulación cognitiva puede contribuir a posibilitar y promover la plasticidad cerebral, y añaden los autores: “la neurogénesis (desarrollo y proliferación de nuevas neuronas en el cerebro tras el nacimiento), la reserva cerebral y la angiogénesis” (p. 73).

El Papel de la Reserva Cognitiva en el Envejecimiento

Para Estrada, García y Roldán Tapia (2017), la definición del término se originaría “en un modelo teórico donde un factor general está en la base e incluye la influencia de estos factores: actividades de la vida diaria, formación-información, hobbies-aficiones y vida social. El concepto además contribuye a explicar las diferencias en el rendimiento intelectual en sujetos con deterioro cognitivo similar y en sujetos sanos” (p. 1).

El término surge intentando explicar desde una perspectiva teórica las diferencias que se pusieron de manifiesto entre patología cerebral y rendimiento cognitivo. Es decir, diferencias individuales ante un daño o deterioro cerebral similar y el rendimiento cognitivo evidenciado. De acuerdo con esta teoría, los sujetos que poseen mayor reserva cognitiva podrían afrontar más exitosamente las lesiones cerebrales y mostrarían más tardíamente los signos clínicos.

Tolosa Ramírez y Martella (2019) señalan que se trata de un constructo hipotético cuyo énfasis es la habilidad del cerebro para llevar adelante los cambios que se van produciendo tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, y que hay una relación inversamente proporcional entre la reserva y el deterioro tanto cognitivo como funcional.

En este sentido, Stern (2009), ha propuesto dos modelos complementarios de reserva:

- La reserva cerebral, que se relaciona más con cambios anatómicos en el cerebro (tamaño, número de neuronas y densidad sináptica). Así, un cerebro de mayor tamaño tendría un óptimo funcionamiento cognitivo.

- La reserva cognitiva se refiere a la competencia para reclutar redes cerebrales alternativas y/o adicionales, en compensación de las dañadas, ya se trate de realizar una tarea de manera eficaz o de mantener un estado clínico dentro de la “normalidad”, proceso que Stern define como “compensación”.

Fernández del Olmo et al (2019), sostienen al respecto que la reserva cognitiva es en los últimos años “uno de los paradigmas de referencia para intentar entender la relación existente entre la gravedad o la extensión de un daño cerebral y su expresión clínica y funcional” (p. 323). Los autores también coinciden con Stern (2009) en que el término reserva cognitiva surgió posteriormente como un modelo más dinámico que planteaba que esta modulación se debía al funcionamiento en sí del cerebro más que a su tamaño. Antes de ese cambio, se sostenía desde una visión más estática que le daba relevancia al tamaño anatómico del cerebro como predictor de mayores conexiones y con mayor capacidad de soportar el daño cerebral. Los autores dicen al respecto:

Desde esta perspectiva, además, se entiende que la reserva se podía generar sobre la base de un estilo de vida activo, dando una posibilidad de modificación a lo largo de la vida de la persona, tanto en sentido positivo como negativo. Esta última idea engarza con el concepto de neuroplasticidad, entendido como una propiedad del cerebro: modificar sus conexiones en función de las experiencias del entorno; este cambio puede ser positivo para la cognición (p. ej., estilo de vida activo) o negativo (p. ej., hábitos perjudiciales) (p. 323).

Los factores predictores de la reserva cognitiva y de la habilidad del cerebro para afrontar un daño cerebral son, para Arosio et al (2017), la educación, el nivel ocupacional, el estatus socioeconómico y el coeficiente intelectual.

Tolosa Ramírez y Martella (2019), sostienen también que la reserva cognitiva es un factor protector de varias enfermedades, entre ellas la Demencia Tipo Alzheimer, la Demencia Frontotemporal, la Demencia por Cuerpos de Lewy. También está asociada a Demencia Vasculare y a la Enfermedad de Parkinson.

Por otro lado, los autores señalan que la reserva cognitiva no tendría un efecto protector en cuadros de demencia en fase avanzada y en comorbilidad con otras patologías.

Recientemente Estrada, García y Roldán Tapia (2017), participaron de la construcción de una Escala de Reserva Cognitiva en la que se distinguieron las siguientes facetas: actividades de la vida diaria, formación, información, hobbies-aficiones y vida social.

Como también que, a diferencia de otras investigaciones con base en el registro de actividades que fuesen cognitivamente estimulantes, al puntuar la Escala de Reserva Cognitiva no se encuentran otras variables que con frecuencia eran las utilizadas para medir la reserva cognitiva, como es el caso del nivel educativo y el profesional, debido a que no formaban parte de la definición operacional del constructo que guio la elaboración de la Escala de Reserva Cognitiva.

El Envejecimiento Patológico

Considerando entonces que todos los cambios señalados anteriormente son los esperables durante un envejecimiento normal, cabe ahora señalar qué patrones estarían presentes durante un envejecimiento denominado patológico o anormal. Desde Centro para El Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (2019), señalan que cuando el deterioro cognitivo es mayor al esperable para esta etapa vital y llega a afectar el normal desempeño diario y el rendimiento intelectual, debería corroborarse esa información con una evaluación.

Para Flint y Tadi (2020), también hay que prestar especial atención a indicadores tales como los lapsus de memoria y olvidos, la dificultad para concentrarse y para encontrar las palabras, los cambios en la personalidad y en el humor, y la disminución del razonamiento y del

juicio. En este sentido, si se sospecha tal, Besdine (2019) recomienda realizar un tamizaje de deterioro cognitivo con la administración del Mini Examen del Estado Mental, que es un test de cribado muy breve que se utiliza en entornos clínicos para medir un posible deterioro cognitivo. Su puntaje máximo es de 30, donde \geq es una puntuación normal; entre 19 y 23 puntos indicaría una demencia leve; entre 10 y 18 puntos indicaría una demencia moderada y un puntaje igual o menor a 9 indicaría una demencia severa.

Sin embargo, Carnero y Pardo (2013) señalan al respecto que esta prueba cognitiva tiene importantes limitaciones, la principal de ellas es que no está estandarizado, como también que no se puede utilizar con personas analfabetas. También que sus resultados son influidos por las variables socioeducativas. Y también que al estar protegido por copyright su uso, por lo demás muy extendido, sería fraudulento.

Asimismo, Besdine (2019) señala la importancia de completar esta evaluación con otras, tales como: evaluar depresión, toma de medicamentos, un examen de laboratorio para revisar los valores de TSH, vitamina B12, Reagina plasmática (sífilis), y también estudios de neuroimágenes para evaluar enfermedad cerebrovascular, hidrocefalia de presión normal, hematoma subdural o una lesión masiva. Todos estos estudios mencionados deben completarse con una evaluación neuropsicológica.

El autor mencionado señala también la importancia de diferenciar un deterioro cognitivo leve de uno grave. El primero estará dado por el déficit en al menos un dominio cognitivo y el normal funcionamiento en las actividades cotidianas, mientras que un deterioro cognitivo grave estará dado por la afectación grave en más de un dominio cognitivo, sumado al deterioro significativo e irreversible en el funcionamiento diario y funcional.

Como también ha de tenerse presente la importancia de realizar un diagnóstico diferencial que permita llegar al diagnóstico de deterioro cognitivo excluyendo otras posibles causas con un cuadro clínico similar.

Trastornos Neurológicos y Psiquiátricos en su Intersección con la Neuropsicología

Trastorno Depresivo Mayor

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales V (2014) establece que deben estar presentes cinco o más de los síntomas siguientes durante el mismo período de dos semanas y representar un cambio del funcionamiento previo; como también que: Al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

- 1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso)
- 2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- 3- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- 4- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- 5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- 6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- 7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- 8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones,

casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

- 9- Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (p.161).

Asimismo, por otro lado, es necesario realizar una distinción entre trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor:

Para diferenciar ambos, el criterio es que las dificultades cognitivas no deben influir en la capacidad de la persona para efectuar las actividades de la vida diaria, por ejemplo, un deterioro cognitivo leve sería un trastorno neurocognitivo menor, que sería objeto de atención clínica, donde hay una pérdida temprana de la memoria o de otro dominio cognitivo, como el lenguaje o la percepción visual o espacial, pero la persona aún mantiene su autonomía. Si esto es así, ya se hablaría de un deterioro neurocognitivo mayor.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (2014), el deterioro cognitivo leve queda incluido dentro de los trastornos neurocognitivos menores, mientras que las demencias lo estarían dentro de los trastornos neurocognitivos mayores, constructo que engloba con mayor amplitud aquellos trastornos que afectan a las personas más jóvenes, tales como una disfunción secundaria a un traumatismo de cráneo o a la infección por el VIH.

Trastorno Neurocognitivo Mayor

El Manual Estadístico de Trastornos Mentales V establece que deben estar presentes:

- A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de

rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social)

basada en:

- 1- Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
 - 2- Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar si debido a:

Enfermedad de Alzheimer Degeneración del lóbulo frontotemporal Enfermedad por cuerpos de Lewy Enfermedad vascular Traumatismo cerebral (p. 603).

Enfermedad de Alzheimer

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).
- C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como

sigue: Para el trastorno neurocognitivo mayor: Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible.

- 1- Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
- 2- Aparecen los tres siguientes:
 - a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).
 - b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
 - c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo) (p. 337).

Demencia Vascular

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. La sintomatología clínica es compatible con una etiología vascular como lo sugiere cualquiera de los siguientes criterios:
 - 1- El inicio de los déficits cognitivos presenta una relación temporal con uno o más episodios de tipo cerebrovascular.
 - 2- Las evidencias del declive son notables en la atención compleja (incluida la velocidad de procesamiento) y en la función frontal ejecutiva.
- C. Existen evidencias de la presencia de una enfermedad cerebrovascular en la anamnesis, en la exploración física o en el diagnóstico por la imagen neurológica,

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

consideradas suficientes para explicar los déficits neurocognitivos.

- D. Los síntomas no se explican mejor con otra enfermedad cerebral o trastorno sistémico (p. 345).

Demencia Frontotemporal

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.
- C. Aparece (1) o (2): 1. Variante de comportamiento:
- a. Tres o más de los siguientes síntomas comportamentales:
- I. Desinhibición del comportamiento.
 - II. Apatía o inercia.
 - III. Pérdida de simpatía o empatía.
 - IV. Comportamiento conservador, estereotipado o compulsivo y ritualista.
 - V. Hiperoralidad y cambios dietéticos.
- b. Declive destacado de la cognición social o de las capacidades ejecutivas.
2. Variante de lenguaje: a. Declive destacado de la habilidad para usar el lenguaje, ya sea en forma de producción del habla, elección de las palabras, denominación de objetos, gramática o comprensión de las palabras.
- D. Ausencia relativa de las funciones perceptual motora, de aprendizaje y memoria.
- E. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico (p. 342).

Demencia por Cuerpos de Lewy

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.
- C. El trastorno cumple una combinación de características diagnósticas esenciales y características diagnósticas sugestivas de un trastorno neurocognitivo probable o posible con cuerpos de Lewy. Se diagnostica un trastorno neurocognitivo mayor o leve probable, con cuerpos de Lewy cuando el individuo presenta dos características esenciales o una característica sugestiva y una o más características esenciales. Se diagnostica un trastorno neurocognitivo mayor o leve posible, con cuerpos de Lewy cuando el individuo presenta solamente una característica esencial o una o más características sugestivas.
 - 1. Características diagnósticas esenciales:
 - a. Cognición fluctuante con variaciones pronunciadas de la atención y el estado de alerta.
 - b. Alucinaciones visuales recurrentes bien informadas y detalladas.
 - c. Características espontáneas de parkinsonismo, con inicio posterior a la evolución del declive cognitivo.
 - 2. Características diagnósticas sugestiva:
 - a. Cumple el criterio de trastorno del comportamiento del sueño REM.
 - b. Sensibilidad neuroléptica grave.
- C. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico (p. 344).

Enfermedad de Parkinson

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- B. El trastorno aparece en el transcurso de la enfermedad de Parkinson establecida.
- C. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión rápida.
- D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental (p. 354).

El Déficit de Vitamina B12 en los Cuadros Neurológicos. Alzheimer y Demencia

Alcohólica.

La carencia de esta vitamina puede originar anemia perniciosa y en ocasiones debilidad, mareos y dificultad respiratoria, según se extrae del Johnson (2022). Un déficit grave de vitamina B12 podría derivar en un daño neurológico, lo que en consecuencia se evidenciaría en la sensación de hormigueo o pérdida de sensibilidad en las manos y los pies, como también debilidad muscular, pérdida de reflejos, dificultad para caminar, confusión y demencia. Al tratarse de una persona mayor de edad, los síntomas neurológicos y la demencia podrían persistir.

Por otro lado, la carencia de vitamina B12 podría derivar en daños neurológicos (neuropatía), aun si no se desarrolla anemia (Johnson, 2022). En un estadio de carencia avanzada de vitamina B12, puede causar delirio y paranoia, y afectar a la función mental, hasta derivar en demencia, si bien esta es reversible en este caso.

Cabe señalar que, en trastornos neurodegenerativos como la Enfermedad de Alzheimer también hay déficit de esta vitamina, como también en los casos de alcoholismo avanzado, donde se puede constatar demencia alcohólica, es decir, la persona mantiene un consumo continuado de alcohol a pesar de los problemas físicos y psicológicos persistentes y recurrentes que le acarrea el consumo continuado (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V, 2014), debido a deficiencia nutricional donde entre otras carencias se observa un déficit en el complejo B, según señalan Martínez Estrada et al. (2013).

En el caso del alcoholismo crónico, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales DSM V (2014), menciona entre las características diagnósticas, los problemas físicos significativos que derivan de un consumo problemático, entre ellos, afección hepática.

Las personas con alcoholismo crónico generalmente tienen una ingesta insuficiente de nutrientes, tales como carbohidratos, proteínas, grasas, y vitaminas A, C y complejo B (Moreno Otero y Cortés, 2008).

En el caso de la Enfermedad de Alzheimer, hay estudios, como el de Nourhashémiq et al. (2000), que demuestran que las deficiencias de folato, vitamina B12 o vitamina B6 se asociarían con un aumento de concentraciones plasmáticas de homocisteína. Una elevación de la homocisteína en plasma se relacionaría con un mayor riesgo de enfermedad vascular, patologías cardíacas y cerebrales. El exceso de homocisteína podría tener un efecto nocivo sobre las paredes de los vasos sanguíneos. El deterioro cognitivo que ocurre en sujetos de edad avanzada, por lo tanto, puede estar mediada por lesiones cerebrovasculares relacionadas con la homocisteína. Los autores sugieren además que los sujetos con enfermedad de Alzheimer tenían significativamente concentraciones más altas de homocisteína y ácido metilmalónico (un marcador de deficiencia de vitamina B-12) que los observados en pacientes libres de demencia. Estos resultados podrían sugerir la existencia de una relación entre una concentración elevada de homocisteína y la demencia.

Enfermedades Priónicas

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Es habitual que el trastorno presente un inicio insidioso y una progresión rápida.
- C. Existen características motoras de una enfermedad por priones, como mioclonos o ataxia, o evidencias del biomarcador.
- D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental (Manual Estadístico de Trastornos

Mentales, 2014, p. 353).

Hay que tener presente además que, si bien en el envejecimiento normal puede haber un deterioro cognitivo asociado a la edad, como expresan López y Calero (2009), donde el decremento se ve evidenciado en los dominios memoria y funciones ejecutivas, y también en la capacidad de aprendizaje y enlentecimiento en la motricidad y procesamiento de la información, hay que diferenciarlo del deterioro cognitivo leve o moderado cuyo origen es un mecanismo patológico subyacente, señalan los autores.

En este sentido, es por ello por lo que resulta de vital importancia, debido al creciente número de ancianos, atender a los indicadores de deterioro cognitivo, si es o no propio del envejecimiento normal, y principalmente, señalan López y Calero (2009), a sus predictores, por el riesgo de una posterior evolución a la demencia. Hoy puede afirmarse, efectivamente, que el deterioro cognitivo es un importante factor de riesgo para el desarrollo posterior de Alzheimer u otras demencias.

Entre los principales factores de riesgo que mencionan los autores citados pueden enumerarse la capacidad de llevar a cabo una vida autónoma, que incluye el vivir solo, manejar la economía personal y la toma de medicación, y también la capacidad de orientación, las praxias constructivas y la memoria de trabajo.

Predictores del Deterioro Cognitivo

Entre los predictores de deterioro cognitivo pueden citarse los biológicos, psicológicos y sociodemográficos.

- Predictores biológicos del deterioro cognitivo: la capacidad pulmonar disminuida, HTA (que junto con la diabetes pueden contribuir a un deterioro en la velocidad de procesamiento y en la fluidez verbal (Knopman et al, 2001), alteraciones en los procesos sensoriales, extremidades inferiores debilitadas (López y Calero, 2009, p.

- 2). También habría una correlación entre el uso habitual de algunos medicamentos y la afectación del rendimiento cognitivo, como es el caso de las benzodiacepinas y los anticolinérgicos (Ohayon, 2002). Las alteraciones del sueño durante esta etapa del ciclo vital también pueden representar un predictor de dificultades cognitivas para este autor ya que la somnolencia diurna que presenta un adulto mayor puede explicar también en parte sus déficits cognitivos, como también que la apnea obstructiva del sueño tendría alguna relación con un déficit en la memoria prospectiva (Ohayon, 2002).
- Predictores psicológicos del deterioro cognitivo: López y Calero (2009) han declarado que en general, los fallos de memoria de diferentes tipos son característicos del deterioro cognitivo en adultos mayores. También lo sería, para los autores, una capacidad lingüística disminuida. Otro factor importante sería la reserva cognitiva, donde un nivel intelectual elevado podría prevenir el deterioro cognitivo durante la vejez (López y Calero, 2009). Los trastornos del estado de ánimo, como la depresión, es otro predictor de deterioro cognitivo. En un estudio más reciente realizado en México con personas de ambos sexos mayores de 60 años que concurren a centros de día para adultos mayores, Rendón-Torres et al. (2020), concluyen que los niveles elevados de síntomas depresivos, horas de sueño prolongadas, un estado de malnutrición y una velocidad de marcha lenta se asocian con el deterioro cognitivo de las personas de más de 60 años.
 - Predictores sociodemográficos del deterioro cognitivo: La edad sería, en términos generales, un predictor no solo del deterioro cognitivo sino también del nivel de autonomía de los adultos mayores. También es otro factor predictivo el estatus socioeconómico, e incluso algunos autores han relacionado esta variable con el inicio de la demencia. En este sentido se ha podido observar que un nivel

socioeconómico bajo estaría asociado con un mayor riesgo de inicio de la demencia (Hann et al, 2007). Por su parte Calero y Navarro (2006), aseguran que el hecho de tener un estilo de vida activo donde el individuo participe activamente de actividades físicas, sociales y culturales, especialmente tras la jubilación, se correlacionaría significativamente con el mantenimiento cognitivo a lo largo del previniendo por lo tanto el deterioro cognitivo en la vejez. Los autores sugieren que puede lograrse una importante reducción del riesgo de deterioro cognitivo mediante la participación en actividades deportivas, actividades sociales tales como reuniones regulares con amigos, voluntariados, y actividades relacionadas con un programa de entrenamiento de la memoria. Todo lo cual está relacionado con la reserva cognitiva.

Por lo tanto, a lo largo del proceso de envejecimiento es posible la optimización del rendimiento cognitivo, y para Puig Grasset (2012) esto se lograría a través de un mejor uso de las redes neuronales existentes, como de la conexión de nuevas redes neuronales, o lo que se denomina “neuroplasticidad”.

La autora sostiene además que la clave estaría “en la estimulación cognitiva” (p. 7), como también que, al ser la plasticidad cerebral y cognitiva un proceso que ocurre en todas las edades, en la vejez no sería una excepción, y que sus resultados son acumulables y se mantienen con el tiempo.

Respecto de los factores que pueden favorecer la plasticidad cerebral, Calero y Navarro (2006) han mencionado en general:

- 1- El nivel de educación
- 2- Un estilo de vida donde prevalezcan tanto la actividad física como también la intelectual
- 3- Que el ambiente circundante posea en general una baja carga de estrés

- 4- La flexibilidad y la adaptación a los cambios es otro factor
- 5- La vida social
- 6- Tener una red familiar y/o de apoyo, por eso es importante el contacto con la familia o los amigos y participar en actividades sociales grupales.
- 7- Las actividades de recreación, divertirse, es otro factor importante para los autores mencionados.

El Rol de la Estimulación Cognitiva

Es en este sentido que la estimulación cognitiva permite mantener y/o aumentar el rendimiento del cerebro, pero además permitiría generar estrategias que permitan la mejora del funcionamiento intelectual, como también la compensación por las fallas en la atención y la memoria propias de esta etapa vital, según señala Puig Grasset (2012).

Para la autora mencionada, la estimulación cognitiva tiene la función concretamente de realizar actividades que permitan la mejora del funcionamiento cognitivo, el cual se integra de los dominios: atención (en todas sus modalidades), memoria (en todas sus modalidades), lenguaje, praxias, funciones ejecutivas. Todo esto redundaría en una mejora en el funcionamiento cotidiano, en la conducta, pero también, muy importante, en el estado de ánimo, tanto se trate de adultos mayores sanos como de pacientes con deterioro cognitivo leve, moderado o demencia severa (Puig Grasset, 2012).

Otros autores, como Muñoz Gonzales (2018), mencionan también los efectos positivos de la estimulación cognitiva como una herramienta que permite prevenir el deterioro cognitivo en pacientes sanos, pero que además resulta económica y efectiva para el abordaje psico gerontológico de los pacientes con demencia en la atención primaria de salud.

Respecto del entrenamiento de la memoria, mientras algunos estudios como el de Alves Apóstolo et al. (2016) han demostrado la existencia de una mejora en los síntomas depresivos tras un programa de estimulación cognitiva de 7 semanas de duración, pero sin evidencias en

la mejora de la cognición, otros estudios como el de Rey Cao et al. (2011), han demostrado que los programas de estimulación cognitiva donde se combinan actividades lúdicas y físicas con un claro componente social, han contribuido entre sus participantes a lograr una mejora en su memoria, atención y las capacidades psicosociales en porcentajes de hasta el 48%, siendo por este motivo una importante línea de intervención.

En un programa de estimulación cognitiva realizado en España por Calero et al. (2011), se demostró que el funcionamiento cognitivo es el mejor predictor de la plasticidad cognitiva en la vejez, y que las diferencias en la plasticidad cognitiva entre los adultos jóvenes-viejos (65 a 80 años) y viejos- viejos (81 y más), aparecen únicamente si se tiene presente el funcionamiento cognitivo de los individuos, en lugar de su grupo de edad. Como también que las variables de funcionamiento cognitivo, integración social y nivel educativo podrían ser los mejores predictores de la plasticidad cognitiva en la vejez.

Otros estudios, como el de Pérez Amat, Bonete López y Sitges Maciá (2018), han resaltado la importancia y beneficios en los participantes de un programa de estimulación cognitiva que hizo especial énfasis en trabajar sobre la atención selectiva, entendida esta como la capacidad para seleccionar e inhibir información no relevante, sumando además un programa de basado en Mindfulness, que concretamente hace foco en la atención. Esta intervención cuyo objetivo fue comprobar si se producía una mejora en la atención selectiva tras un entrenamiento en atención selectiva junto con una intervención en mindfulness, obtuvo resultados estadísticamente significativos luego de terminada la misma, confirmando la hipótesis de que hay una mejora en la atención selectiva tras recibir un entrenamiento atencional.

Otro estudio más reciente de Jiménez Gonzalo et al. (2020), sobre la intervención psicológica individualizada para personas mayores con demencia y discapacidad visual, halló una reducción clínicamente significativa de la sintomatología depresiva en las personas que intervinieron en la muestra, como también una disminución en la frecuencia de conductas

apáticas durante las horas que pasaban en el centro. También se evidenció un aumento en las conductas prosociales. Se concluyó además que la realización de actividades personalizadas en las instituciones con usuarios concretos conducen a incrementar la estimulación de los participantes, y con ello su bienestar mediante pequeñas adaptaciones poco costosas de las intervenciones que se realizan.

En otro estudio reciente sobre el efecto potencial que tiene la realidad virtual como herramienta que permite prevenir el desarrollo de deterioro cognitivo en personas mayores, realizado por Cibeira et al. (2018), ha demostrado que existiría alguna evidencia de su potencial como herramienta diagnóstica de detección de desarrollo de deterioro cognitivo leve o demencia, y de su efectividad como tratamiento, puesto que mejoraría el funcionamiento cognitivo de personas mayores con deterioro cognitivo. Por lo tanto, la realidad virtual sería entonces una herramienta terapéutica que podría permitir la mejora o prevención de los síntomas asociados a los trastornos neurológicos, y según Cibeira et al. (2018), también produciría mejoras cognitivas y motoras en diferentes fases de distintas enfermedades neurológicas, incluidas las etapas más avanzadas.

Por lo tanto, todas las investigaciones realizadas hasta el momento han coincidido en que la prevención, un correcto diagnóstico realizado tempranamente, como también el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, son elementos clave para el abordaje integral de la demencia. Es en este sentido que los estudios más recientes sobre los factores o intervenciones que pueden prevenir o retrasar el deterioro cognitivo, y por ello mismo el desarrollo de herramientas encaminadas al diagnóstico precoz, así como también la implementación de intervenciones tanto en personas mayores sanas como en personas que ya poseen un diagnóstico de deterioro cognitivo leve o demencia, serían factores fundamentales al momento de mantener la calidad de vida y prevenir o retrasar la dependencia en este grupo etario, durante este momento evolutivo.

Respecto de los procesos cognitivos que se verían beneficiados al participar en

actividades de estimulación cognitivas, se describen los siguientes, según señala Puig Grasset (2012):

- Percepción: función por la cual se reconocen los estímulos del medio ambiente a través de los cinco sentidos: vista, oído, tacto, gusto y olfato.
- Atención: nos permite orientarnos hacia aquellos estímulos que son relevantes, ignorando los que no lo son para actuar en consecuencia.
- Memoria: es la capacidad del cerebro de registrar (captar la información que luego será codificada), consolidar (organizar en forma lógica y almacenar la información recibida) y luego evocarla o recuperarla voluntariamente. Por lo tanto, nos permite recordar hechos, ideas, sensaciones, relaciones entre conceptos y todo tipo de estímulos que ocurrieron en el pasado. Si bien es el hipocampo la estructura cerebral más relacionada con la memoria, no hay un área concreta del cerebro para localizar los recuerdos, sino que son una gran cantidad de áreas cerebrales. Se suma que esta capacidad es una de las funciones cognitivas más comúnmente afectadas con la edad.
- Lenguaje: Definido por Portellano (2005) como un sistema de comunicación simbólico que se manifiesta a través de las lenguas, que son sistemas estructurados de signos que expresan ideas en los que la palabra es la representación. La expresión del lenguaje se realiza a través de la palabra y la escritura, mediante los órganos efectores musculares de las extremidades superiores y del sistema buco fonatorio (p. 198).
- Praxias, definidas por Portellano (2005) como “acciones motoras coordinadas que se realizan para la consecución de un fin” (p. 260). Como se trata de movimientos complejos previamente aprendidos, es necesaria la recepción del programa de información sensorial, seguida del establecimiento de un plan general que incluya las operaciones lógicas y finalizando con los programas de inervación motora.

En toda praxia se pueden distinguir dos componentes, que son el sistema conceptual y el sistema de producción, Portellano (2005):

- El sistema conceptual se refiere al conocimiento sobre la utilización y el funcionamiento de objetos, utensilios y herramientas. Realiza el programa motor e implica el conocimiento del objeto y de sus funciones, la descontextualización de la acción y el conocimiento de la organización de las secuencias motoras. La alteración del sistema conceptual provoca apraxia ideatoria (p. 260).
 - El sistema de producción es responsable de llevar a cabo el programa motor y se encarga de almacenar y realizar la representación sensoriomotora (espacial y temporal) necesaria para poder ejecutar la actividad motriz. La alteración en el sistema de producción provocaría en este caso en el paciente una apraxia ideomotora (p.260).
- Funciones ejecutivas: Bausela Herreras (2014), las menciona y define como “las rutinas responsables de la monitorización y regulación de los procesos cognitivos durante la realización de tareas cognitivas complejas” (p. 1) y que gobiernan los procesos de orden superior, entre ellos el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la flexibilidad atencional, que gobiernan la acción hacia un objetivo, permitiendo la emisión de respuestas adaptativas a situaciones novedosas o complejas.

La evaluación Neuropsicológica

El Uso de Baterías Rígidas o Flexibles

Como señala Bausela Herreras (2008), utilizar una batería fija permite aplicar una batería estandarizada a todos los pacientes por igual.

En el segundo caso, se trata de implementar un conjunto de tests previamente seleccionados y que se adaptan a los problemas y necesidades de la persona a evaluar. Una de las ventajas que ofrece es el profesional neuropsicólogo puede centrarse en evaluar las funciones requeridas, comparar resultados de diversos pacientes para obtener perfiles neuropsicológicos mediante la aplicación de estadísticas complejas. Actualmente, se tiende más a un enfoque flexible que permite seleccionar aquellas pruebas específicas para indagar en uno o más dominios cognitivos en el proceso de evaluación Bausela Herreras (2008).

En el caso de este trabajo, se optó por seleccionar algunas de las subpruebas de la batería Neuropsi, que, si bien es rígida, las subpruebas que la componen pueden tomarse por separado para indagar en los dominios de interés para el evaluador.

Desarrollo del Estudio Realizado

Objetivo General

- Describir el perfil neuropsicológico de un adulto mayor que concurre a un taller de estimulación cognitiva, a través de un caso clínico.

Objetivos Específicos

- Especificar las características clínicas y evolutivas del envejecimiento normal y patológico.
- Evaluar el perfil psicológico de un paciente que asiste a un taller de estimulación cognitiva en la etapa vital de la vejez.

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- Evaluar las funciones cognitivas, atención, memoria, habilidades visuoespaciales, orientación témporo-espacial y las funciones ejecutivas y cual se encuentran alteradas
- Especificar el impacto de las funciones cognitivas y de los síntomas neuropsiquiátricos en el contexto del paciente en cuanto al ciclo vital que atraviesa.

Diseño y Tipo de Estudio

Se realizó un diseño observacional de corte transversal en base a un caso único. En este tipo de diseños, tal y como señala Roussos (2007), no hay manipulación directa de la o las variables independientes, y se usará acá para brindar ejemplos de administración de pruebas de evaluación.

Se utilizaron los datos obtenidos a partir de la evaluación neuropsicológica realizada en el marco de las prácticas profesionales supervisadas, cuyo fin fue trazar el describir perfil neuropsicológico, y se establecerá, con los resultados alcanzados, si se trata de un proceso de envejecimiento normal o de uno patológico. Las funciones cognitivas que se describirán serán: orientación témporo-espacial, memoria, atención, lenguaje, funciones visoespaciales y funciones ejecutivas.

Procedimiento

Caso Clínico

Paciente de 82 años de género femenino, docente de nivel primario, jubilada, que asiste al taller de estimulación cognitiva desde hace aproximadamente 5 años, en la institución donde fueron realizadas las prácticas profesionales de esta Especialización durante el año 2022. Suele acudir al mismo acompañada de su hermana, de 78 años, quien también participa del taller.

Accedió a participar de la presente evaluación neurocognitiva, la cual sería la primera que realizaría, con lo cual no habría datos anteriores para establecer una comparación en su rendimiento. La paciente fue debidamente informada sobre los alcances de la evaluación neuropsicológica de la que iría a participar y prestó su correspondiente consentimiento informado.

Se presentó a la misma en el horario acordado, adecuadamente vestida y arreglada, mostrándose muy colaborativa y predispuesta, actitud que se mantuvo a lo largo de la entrevista y en cada consigna propuesta.

La paciente se encuentra orientada en espacio y tiempo, tuvo una cirugía mamaria hace 7 años, no informó las causas. No posee enfermedades crónicas para destacar, pero menciona que toma una medicación para el corazón cuyo nombre no recuerda, como también un antialérgico.

Durante las prácticas se implementaron las condiciones necesarias para realizar el diagnóstico neuropsicológico teniendo presente resguardar la identidad de la paciente. Previo al comienzo de las entrevistas se refirió a la paciente los objetivos de la evaluación neuropsicológica, como también de la totalidad de las técnicas administradas teniendo como resultado el informe neuropsicológico, previa obtención del consentimiento informado.

Los resultados de la evaluación neuropsicológica mencionada, es decir, la devolución, se expusieron en un ateneo clínico pautado por la institución donde se desarrollaron las prácticas profesionales, en el marco de estas.

Cabe aclarar también que los datos obtenidos en la mencionada evaluación neuropsicológica se analizaron nuevamente para este trabajo a la luz de baremos actualizados, lo que impactó en resultados sensiblemente diferentes a los obtenidos en primera instancia, principalmente en el dominio Memoria, lo cual lleva, por eso mismo, a modificar la integración de resultados y conclusión.

Instrumentos de Evaluación

- Entrevista semiestructurada neuropsicológica: ofrece un margen para requerir información detallada de recolección de información sobre el paciente. Permite comenzar con una pregunta abierta para que el/la entrevistado comience a hablar de sí mismo/a y luego completar con preguntas sobre aquellas cuestiones que a los fines de la evaluación interesa indagar (Burin et al. 2008). A partir de esta entrevista se seleccionarán los tests que luego de su administración se procederá a su puntuación e interpretación, para luego permitir la confección del correspondiente informe, y finalmente su devolución al paciente y, de corresponder, también a sus familiares, y al médico derivante (Burin et al. 2008).

En esta entrevista, cuya importancia es vital para lograr una correcta evaluación neuropsicológica, señalan Burin et al. (2008), que ha de lograrse un vínculo positivo con el paciente para procurar de este su colaboración al momento de ser administradas las pruebas. Entre los puntos a indagar se encuentran: el propósito de la evaluación, cuál es la motivación del paciente, sus expectativas respecto de esta, y, no menos importante, las variables demográficas, que también permitirán aportar elementos respecto “del nivel premórbido” (Burin et al. 2008, p. 18) del paciente. Otros aspectos para indagar son su ocupación, sus síntomas o quejas, o motivo de consulta, antecedentes médicos y psiquiátricos, cirugías, estudios médicos en detalle, rutinas, y si se realizó una evaluación neuropsicológica previamente (Burin et al. 2008). Por último, la observación por parte del evaluador permite también obtener información adicional sobre aspectos tales como nivel de alerta, apariencia, discurso, habla, ánimo y grado de colaboración.

- Addenbroke´s Cognitive Examination III (ACE III): Es una prueba cognitiva breve que permite detectar demencia, y también diferenciar la demencia tipo Alzheimer y la demencia frontotemporal. Evalúa cinco capacidades cognitivas: atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje y aptitudes visuo-espaciales. El puntaje total es de 100, siendo que los mayores

puntajes indican un mejor funcionamiento cognitivo.

La administración del ACE-III toma, en promedio, 15 minutos, y su puntuación, aproximadamente, unos 5 minutos. Baremos: Bruno et al (2017).

-INECO Frontal Screening (IFS): Se lo eligió porque, al igual que el anterior, es un instrumento de rastreo para medir funciones frontales. El puntaje máximo es de 30. Consta de estos grupos de tareas cognitivas:

- Inhibición de respuestas y cambio de sets: evalúa la habilidad de cambiar de un set cognitivo a otro y la capacidad de inhibir respuestas inapropiadas de manera verbal y motora.
- Memoria de trabajo visual, verbal y espacial: referida a un sistema cerebral que provee un almacenamiento temporario y manipulación de la información necesaria para otras tareas cognitivas complejas.
- Capacidad de abstracción y control inhibitorio verbal. Baremo utilizado: Sierra Sanjurjo et al. (2018).

-Trail Making Test (TMT) parte A y B:

Responde a los procesos de atención: enfoque, rastreo y también ejecución eficientemente dentro del proceso de la atención y el automonitoreo.

Este instrumento consta de dos partes:

La Parte A evalúa los procesos de atención y está compuesta por 25 números en la versión de adultos, los cuales deben ser unidos con una línea de forma consecutiva por el paciente, tratando de no levantar el lápiz y no pudiendo borrar el trazado para su repetición o corrección.

La Parte B evalúa los procesos de funciones ejecutivas y consta de números y letras que deben ser unidos alternadamente, un número y una letra, hasta llegar al número 13 en la

versión de adultos.

La duración de la ejecución en segundos se debe registrar por separado para las partes A y B. La puntuación máxima para la parte A es de 100". 101" indica que la prueba no se ha superado, y la puntuación máxima para la parte B es de 300 segundos y 301" indica que la prueba no se ha superado. Baremo utilizado: Margulis et al. (2018).

-Subprueba funciones frontales: formación de categorías (Neuropsi):

Se evalúan las funciones ejecutivas de inicio y finalización de tareas, monitorización, cambio y fluidez. Se le muestran unos dibujos al paciente y se le pide que diga de qué forma puede agruparlos. A modo de ejemplo se le muestra una lámina con figuras de partes del cuerpo y se le dice "todas estas son partes del cuerpo, el ojo y la boca son partes de la cara; el brazo y la pierna son extremidades.

Son en total 5 láminas con ese procedimiento. Se suspende la prueba luego de transcurrido un minuto o cuando haya logrado 5 categorías correctas. Se retira la tarea luego de 5 minutos. Se acredita 1 punto por cada categoría. El puntaje máximo posible es de 25. Baremo utilizado: Querejeta et al. (2017).

-Subprueba (Neuropsi) Codificación curva de memoria espontánea:

Se evalúa en el paciente el dominio memoria en su etapa de codificación.

Basado en una lista de 12 palabras bisilábicas organizadas en tres categorías semánticas (partes del cuerpo, frutas, animales). Según el orden en el que el paciente recuerda las palabras, permite analizar el uso de una estrategia de organización de tipo semántico o serial.

La subprueba consiste en leer al paciente una lista de 12 palabras, y luego solicitarle que repita todas aquellas palabras que recuerde, y se anota el orden en que las evoca. Luego se le lee la lista por segunda y tercera vez anotando en cada oportunidad el orden y cantidad

de palabras evocadas. Se anota si hay intrusiones, perseveraciones, efecto de primacía (las primeras y últimas palabras de la lista que recuerde). Asimismo, se anota si la curva de aprendizaje es ascendente o descendente. El puntaje máximo para esta prueba es de 12 puntos. Baremo utilizado: Querejeta et al. (2017).

-Copia de la figura de Rey-Osterreith, copia y evocación:

Se la seleccionó porque permite evaluar el proceso de codificación y visuoespacial, es decir, permite apreciar posibles trastornos neurológicos relacionados con problemas de carácter perceptivo o motriz. Como también determinar el grado de desarrollo y maduración de la actividad gráfica.

Según cómo el sujeto copia la figura, se puede conocer su actividad visuoperceptiva.

La reproducción efectuada luego de retirado el modelo (de memoria) informa sobre el grado y fidelidad de su memoria visual (o no verbal).

El procedimiento por seguir consiste en pedir al sujeto que realice dos tipos de tareas: En primer lugar, debe copiar, con el modelo a la vista, la figura que se le presenta (Fase de Copia). Si bien la prueba original incluía el uso de lápices de colores, en la actualidad se usa un lápiz de color negro.

Se evalúa tipo de copia tanto para modelo copiado como modelo de memoria. Baremo utilizado: Rivera et al. (2015).

-Subprueba Funciones de Evocación (neuropsi): Permite evaluar la memoria visuoespacial. Se trabaja con la figura de Rey- Osterreith. Transcurridos 20 minutos, se le pide que reproduzca la figura sin tenerla a la vista y sin recibir ninguna ayuda verbal que le permita identificar el número, la forma o la situación de los elementos que la integran (Fase de Reproducción de Memoria).

El tipo de copia se refiere al orden que sigue el sujeto al copiar la figura, es decir “cómo

aísla el sujeto cada parte y las relaciona unas con otras...cómo las ve y las jerarquiza en formas envolventes y formas incluidas...en formas que soportan y en formas soportadas” (Rey, 1999, p.11). Tanto para copia, como para reproducción de memoria se debe evaluar cada una de estas 18 partes según la siguiente escala de puntuación:

Tabla 1: Puntuación Figura de Rey- Osterreith

Puntuación	Puntaje
Parte correcta y bien situada	2 puntos
Parte correcta y mal situada	1 puntos
Parte deformada (pero reconocible) y bien situada	1 puntos
Parte deformada (pero reconocible) y mal situada	0.5 puntos
Parte irreconocible pero ausente	0 puntos

Fuente: Neuropsi, Atención y Memoria (Ostrosky et al. 2012).

Así, cada diseño (copia y memoria) puede obtener un máximo de 36 puntos. Baremo utilizado: Rivera et al. (2015).

-Subprueba codificación memoria lógica (Neuropsi): Permite evaluar en el dominio memoria la codificación de material verbal. Consiste en leer al paciente dos historias. Primero se le lee una y se le pide que repita todo lo que recuerde de esa historia, enfatizando que debe recordar todos los detalles posibles (“Ahora dígame todo lo que pueda recordar”) y se registra todo lo recordado por el paciente.

Se procede igual con la segunda historia. Se registra las respuestas en un protocolo de

aplicación. Cada una de las historias se encuentra dividida en 16 unidades de la historia (detalles específicos) y 5 del tema (detalles generales)

Se puntúa:

0= si la unidad está ausente o distorsionada respecto de la historia que se le leyó.

1= si la unidad está presente y es correcta respecto de la historia que se le leyó. La puntuación máxima posible es de 16 para las unidades de historia y de 5 para tema.

Luego se calcula el promedio de la codificación de las dos historias y el de codificación de los dos temas. Baremo utilizado: Querejeta et al (2017).

-Subprueba codificación caras (Neuropsi):

Permite evaluar capacidad del paciente de codificación. Se le muestran al paciente unas fotos con el rostro de unas personas y sus nombres al pie de estas. Luego se le pide al paciente que repita los nombres de las mismas.

Se puntúa:

0= si no recordó el nombre ni el apellido 1=si recordó sólo el nombre o el apellido

2= si recordó el nombre o el apellido

El puntaje máximo posible es de 4 puntos. Se repite la prueba transcurridos 20 minutos. (Ostrosky et al. 2012). Baremo utilizado: Querejeta et al. (2017).

-Subprueba funciones de evocación: memoria verbal (Neuropsi).

Permite evaluar la memoria verbal espontánea.

Se le dice al paciente: “hace un momento aprendió una lista de palabras, ¿cuál de estas recuerda?”

Se califica con 1 punto por cada palabra recordada, reportando también las intrusiones (palabras que no están en la lista original) y perseveraciones (repite una palabra que ya dijo) que se identifiquen en la tarea. El puntaje máximo posible es de 12 puntos. (Ostrosky et al.

2012).

Luego se evalúa la memoria verbal por claves: “he mencionado algunas frutas: ¿Cuáles eran? ¿Cuáles eran partes del cuerpo? ¿Cuáles eran animales? Se da 1 punto por cada palabra recordada correctamente, y se tienen en cuenta intrusiones y perseveraciones.

Posteriormente se evalúa la memoria verbal por reconocimiento, leyendo al paciente una lista de palabras entre las cuales están las palabras originales de la lista mezcladas con otras que no pertenecen a esta, y el sujeto debe identificar las que sí pertenecen.

Se puntúa 1 por cada palabra reconocida correctamente. También, se reportan los falsos positivos (da como afirmativas palabras que no están en la lista original). La puntuación total se obtiene restando el número de falsos positivos del número de aciertos. El puntaje máximo posible es 12. (Ostrosky et al. 2012). Baremo utilizado: Querejeta et al. (2017).

-Subprueba funciones de evocación memoria lógica verbal (Neuropsi):

Permite apreciar en el dominio memoria, la memoria verbal espontánea. Luego de transcurridos unos 20 minutos de la aplicación de la Subprueba codificación memoria lógica verbal se le pide al paciente que recuerde las dos historias leídas, primero una, y luego la otra.

Se registra las respuestas en el protocolo de aplicación. Se puntúa igual que en la Subprueba codificación memoria lógica (Ostrosky et al. 2012).

-Subprueba funciones de evocación memoria de caras (Neuropsi).

Permite evaluar el proceso mencionado. Se aplica luego de transcurridos 20 minutos de la subprueba de memoria de caras, solicitando al paciente que recuerde los nombres de las personas según las fotos que se le mostraron antes. Si no los recuerda, añadir claves, por ejemplo: “el primer nombre empezaba con L”. Se anota si se obtiene la respuesta y el apellido es evocado espontáneamente. Si no, se da la primera letra del apellido.

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

Se procede igual con el segundo nombre.

Se puntúa:

Nombre:

2= respuesta correcta

1= después de la clave la respuesta es correcta 0= después de la clave no recuerda el nombre

Apellido:

2= respuesta correcta

1= después de la clave la respuesta es correcta 0= después de la clave no recuerda el apellido (Ostrosky et al. 2012). Baremo utilizado: Querejeta et al (2017).

Tabla 2: Instrumentos administrados, dominio cognitivo evaluado y baremo utilizado

Instrumento	Dominio cognitivo	Baremos
Entrevista semiestructurada neuropsicológica	Ofrece un margen para requerir información detallada del paciente.	
Addenbroke´s Cognitive Examination (ACE) III	Atención Memoria Lenguaje Fluencia Verbal Funciones visuoespaciales	Bruno et al. (2017)
INECO Frontal Screening (IFS)	Inhibición de respuestas y cambio de sets, memoria de	Sierra Sanjurjo et al. (2018)

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

	trabajo visual, verbal y espacial, Capacidad de abstracción y control inhibitorio verbal	
Trail Making Test A y B	Enfoque, rastreo y ejecución eficientemente dentro del proceso de la atención y el automonitoreo	Margulis et al. (2018)
Figura de Rey - Osterreith	Proceso de codificación y evocación, y funciones visuoespaciales	Rivera et al. (2015)
Subprueba Formación de categorías (Neuropsi)	Funciones ejecutivas	Querejeta et al. (2017)
Subprueba Curva de memoria espontánea (Neuropsi)	Memoria (Codificación de lista de palabras)	Querejeta et al. (2017)
Subprueba codificación Memoria lógica (Neuropsi)	Codificación de material verbal	Querejeta et al. (2017)
Subprueba codificación caras (Neuropsi)	Codificación	Querejeta et al. (2017)
Subprueba funciones de evocación: memoria verbal (Neuropsi)	Memoria verbal espontánea	Querejeta et al. (2017)
Subprueba funciones de evocación: memoria lógica verbal (Neuropsi)	Evocación memoria verbal espontánea	Querejeta et al. (2017)

Subprueba funciones de evocación: memoria de caras (Neuropsi).	Evocación	Querejeta et al. (2017)
--	-----------	-------------------------

Nota: Tabla construida por la autora a partir de los datos recolectados.

Resultados

Datos de la Paciente

Nombre y Apellido: D. M. E

Género: Femenino

Edad: 82 años, 10m

Fecha de Nacimiento: 20/12/1940

Domicilio: San Luis

Años de educación: 12

Ocupación: docente jubilada Lateralidad: diestra

Antecedentes clínicos: cirugía mamaria hace 7 años.

Medicamentos: para el corazón (la paciente no recuerda cuál/es), antialérgico

Antecedentes generales de interés: no presenta antecedentes al momento de la evaluación

Neuroimágenes: No presenta estudios de neuroimágenes al momento de la evaluación

Motivo del informe: Evaluación Neuropsicológica en el contexto de las Practicas de Especialización en Neuropsicología.

Dominios cognitivos evaluados: Atención, Memoria, Lenguaje, FFEE, Visuoconstrucción.

Historia Clínica

La paciente no ha sido evaluada anteriormente, siendo el presente informe el primero desde que comenzó a concurrir al Taller de Estimulación Cognitiva desde hace 5 años. Como tampoco han sido proveídos otros datos de importancia además de los que dio la paciente. Con lo cual no hay información relevante sobre la misma. Este aspecto, se considera que debió estar presente en la ficha clínica de M.

Entrevista Neuropsicológica

En la misma la paciente, quien es participante del taller de estimulación cognitiva, el cual se realiza en grupo junto a otras cinco participantes, declara no haber sido evaluada con anterioridad.

Se indagó a M sobre las actividades del taller y comentó que son actividades que se hacen en grupo, tales como cálculos, realizar gráficos siguiendo las instrucciones que otra compañera le da en forma verbal, grafomotricidad, reminiscencias, entre otras actividades.

La paciente expresaba un cierto grado de frustración si no lograba realizar alguna consigna, tal fue el caso de aquellas que involucraban evocar en forma inmediata la información proporcionada, o en el recuerdo diferido de la misma.

Fuera del taller de estimulación cognitiva, M no realiza otras actividades similares.

La paciente trabajó con rapidez y prestando atención en las consignas dadas, con buena comprensión de las mismas, si bien hacia el final de esta evaluación expresó cansancio.

Semiología y Estados Afectivos

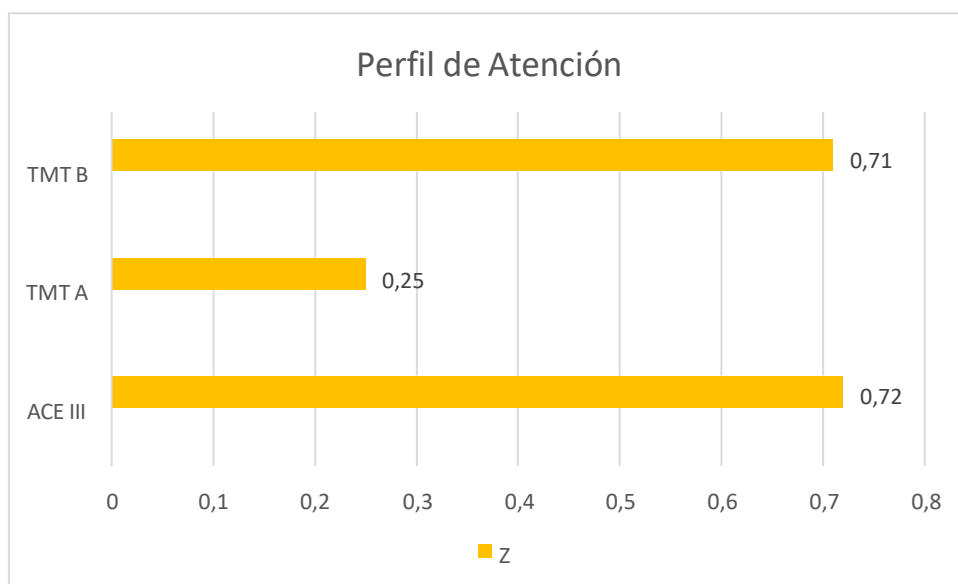
La paciente presenta buenas condiciones de higiene y vestimenta, y responde en tiempo y forma las preguntas formuladas. Reacciona con confianza y cooperación a la evaluación, su estado de conciencia es vigil y su atención es voluntaria. Se encuentra orientada

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

en tiempo y espacio. Sin alteraciones sensorio-perceptivas al momento actual. Presenta hipomnesia leve con conciencia de esta. Juicio crítico conservado. Pensamiento lógico con ritmo y cohesión normal. Con lenguaje oral y escrito acordes a su edad y nivel de escolarización. La paciente impresiona inteligencia normal. Afectivamente impresiona un ánimo alegre. Con ritmo de sueño y alimentación normales

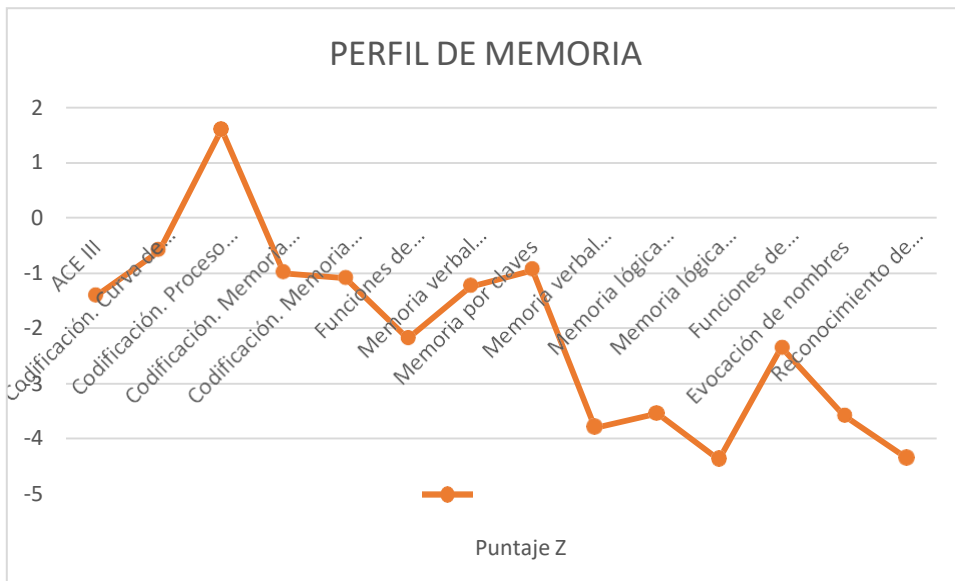
Resultado de la Evaluación e Integración de Resultados

Figura 1 - Atención



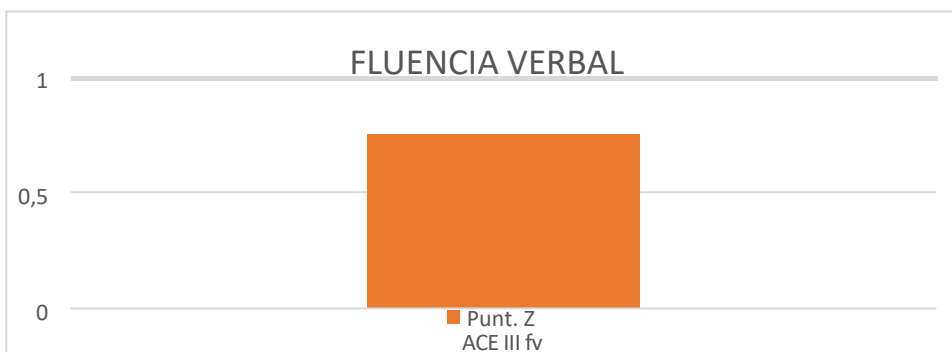
Nota: Figura construida por la autora. La figura muestra la puntuación total obtenida por M (PB) y la puntuación z en el dominio Atención.

Figura 2 - Memoria



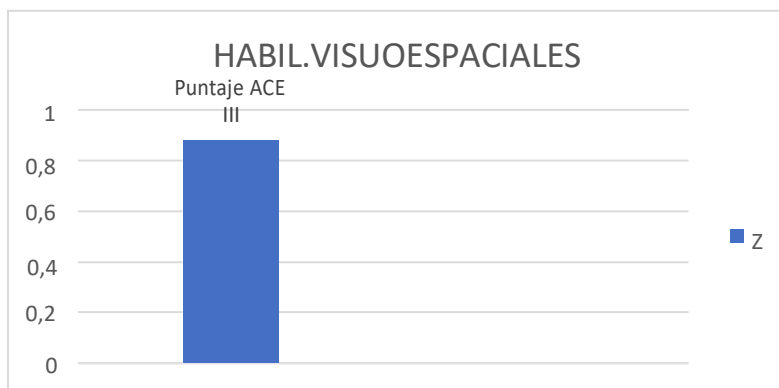
Nota: Figura construida por la autora. La figura muestra las puntuaciones Z en el dominio de Memoria, de las distintas pruebas administradas a M para este, donde puede observarse el rendimiento descendido en la paciente.

Figura 3 - Fluencia Verbal



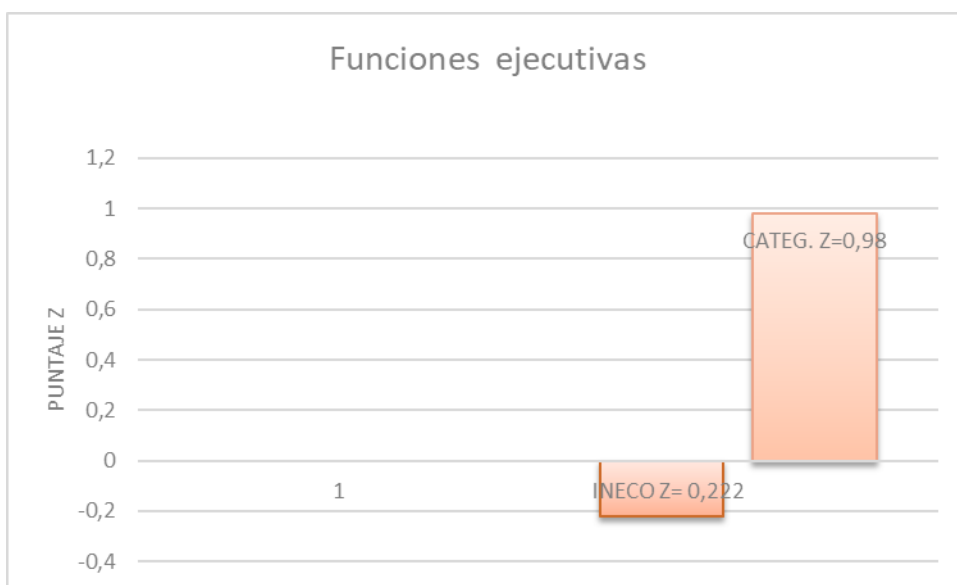
Nota: Figura construida por la autora. La paciente obtuvo un buen rendimiento en este dominio.

Figura 4 - Habilidades Visuoespaciales



Nota: Figura construida por la autora. El gráfico muestra el desempeño que la paciente obtuvo dentro en este dominio.

Figura 5 - Funciones Ejecutivas



Nota: Figura construida por la autora. En este dominio puede observarse que, si bien en la subprueba Formación de Categorías obtuvo un rendimiento dentro de lo esperado para su edad y grado de educación, en las subpruebas de la batería INECO el rendimiento está descendido.

Tabla 3 - Dominios, Puntajes Brutos Obtenidos, Desviación Estándar y Puntaje Z

Técnica Administrada	Resultado Obtenido	Puntaje Máximo	X, DS y Puntaje Z obtenido (según edad y nivel educacional)
Rendimiento Cognitivo General			
Addenbroke´s Cognitive Examination TOTAL	92	100	Corte: 82
Orientación			
-Tiempo:	5	5	
-Espacio:	5	5	
Atención			
Trail Making Test Parte A	95		X: 0,1 DS: 0,4 Z: 0,25
Trail Making Test Parte B	113		X: 0,5 DS: 0,7 Z: 0,71
Memoria			
Test de copia y reproducción de memoria de figuras geométricas			

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

complejas de Rey			
-Copia	36	36	X= 30,48 DS= 3,45 Z=1,60
-Diferida	4	36	X= 8,70 Ds:2 Z= -2,35
ACE III Memoria	20	26	X= 22,18 DS= 3,65 Z=-0,59
Codificación. Curva de memoria espontánea Neuropsi	7	12	X= 10 DS= 3 Z= -1
Codificación. Memoria lógica promedio historias Neuropsi	7	16	X=10 DS=3 Z= -1
Codificación. Memoria lógica promedio temas Neuropsi	3	5	X=4,83 DS= 1,65 Z= -1,10
Funciones de evocación Memoria verbal Neuropsi	2	12	X=2,67 DS= 3,88 Z= -0,17
Memoria verbal espontánea Neuropsi	0	12	X=2.37 DS=1,91 Z= -1,24
Memoria por claves Neuropsi	1	12	X= 2,67

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

			DS= 1,75 Z= -0,95
Memoria verbal Reconocimiento Neuropsi	2	12	X= 5,42 DS= 0,90 Z= -3,80
Memoria lógica evocación promedio Historias Neuropsi	4	16	X= 12,72 DS= 2,45 Z= -3,55
Memoria lógica evocación promedio Temas Neuropsi	2	5	X= 12,72 DS= 2,45 Z= -4,37
Evocación de Nombres Neuropsi	0	8	X= 3,86 DS= 1,08 Z= -3,57
Reconocimiento de caras total Neuropsi	0	2	X= 8,70 DS= 2 Z= -4,35

Funciones Ejecutivas

INECO Frontal Screening (IFS)			
-Total	23	30	X= 23,7 DS= 3,1 Z= -0,22
Funciones frontales. Formación de categorías Neuropsi	16	25	X= 13,65 DS= 2,38 Z= 0,98

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

ACE III Fluencia Verbal	13	14	X= 11,65 DS= 1,80 Z= 0,75
Lenguaje			
ACE III Fluencia Verbal	13	14	X= 11,65 DS= 1,80 Z= 0,75
ACE III Lenguaje	25	26	X= 24,99 DS=1,46 Z= 0,00
Visuoconstrucción			
ACE III Visuoconstrucción	16	16	X= 14,96 DS= 1,18 Z= 0,88

Nota: Tabla construida por la propia autora, en la misma puede observarse el rendimiento de la paciente en cada dominio cognitivo en todas las pruebas administradas, donde se ha consignado el puntaje obtenido por M, el puntaje máximo de las pruebas, la media, el desvío típico o estándar y la puntuación Z en cada subprueba realizada.

Tabla 4 – Instrumento Aplicado, Puntaje Bruto Obtenido y Puntaje Z Obtenido

Instrumento	PB	Z
ACE III	92	1,37
INECO Frontal Screening (IFS)	27	-0,22
TMT A	95	0,25
TMT B	113	0,71
Neuropsi Codificación. Curva de memoria espontánea	7	-1
Codificación. Proceso visuoespacial (Fig. Rey)	36	1,6
Neuropsi Codificación. Memoria lógica promedio historias	7	-1
Neuropsi Codificación. Memoria lógica promedio temas	3	-1,10
Neuropsi Funciones de evocación Memoria verbal	2	0,17
Neuropsi Memoria verbal espontánea	0	-1,24
Neuropsi Memoria por claves	1	-0,95

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

Neuropsi Memoria verbal reconocimiento	2	-3,80
Memoria lógica evocación promedio historias	4	-3,55
Neuropsi Memoria lógica evocación promedio temas	2	-4,37
Funciones de evocación Figura comp. De Rey	4	-2,35
Neuropsi Evocación de nombres	0	-3,57
Neuropsi Reconocimiento de caras total	0	-4,35

Nota: Tabla construida por la autora. La tabla muestra el puntaje Z obtenido en todas las pruebas realizadas por M.

La paciente mantuvo su buena predisposición y estado anímico estable durante toda la evaluación, ejecutando las consignas que le fueron propuestas siguiendo todas las indicaciones proporcionadas.

- Estado Cognitivo General: Rendimiento general descendido respecto de su edad y años de educación.

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- Atención: Buen rendimiento en pruebas de screening, obteniendo la puntuación máxima para ese dominio, buena concentración y velocidad de procesamiento.
- Lenguaje: en sus modalidades expresión, comprensión, repetición, y denominación se encuentran sin afectación.
- Fluencia verbal: la paciente logra generar una lista de palabras abundante, con 3 repeticiones en la lista de “animales” en la prueba ACE III, sin intrusiones ni errores de pronunciación.
- Visuoconstrucción: conservada en pruebas de screening y pruebas específicas. Buena organización en estrategias de copia y planificación de la actividad gráfica.
- Funciones Ejecutivas: Presenta un rendimiento descendido que se observa en los resultados de la prueba INECO Frontal Screening. En las subpruebas específicas presenta un moderado descenso en control inhibitorio verbal y en memoria de trabajo visual, con dificultad para recuperar la información. Sin embargo, en la subprueba de Formación de categorías logra un mejor rendimiento.
- Memoria
 - Memoria semántica: puede recordar nombres, significados y conocimientos generales.
 - Memoria visual: presenta fallas en el recuerdo diferido de rostros y figuras.
 - Memoria de trabajo: presenta un descenso leve en la capacidad de retener información para realizar alguna tarea. Bajo desempeño en series de

números.

- Memoria episódica verbal: logra un aprendizaje con una curva de aprendizaje ascendente (2) (Subprueba Codificación curva de memoria espontánea (Neuropsi). Presenta fallas en el recuerdo post interferencia, sin lograr beneficiarse con la evocación por claves o por reconocimiento, con un alto índice de intrusiones y falsos positivos.

Integración de Resultados

La paciente presenta un rendimiento cognitivo general descendido respecto de su edad y años de educación con un declive moderado en el dominio memoria (codificación y evocación).

Desde la semiología la paciente se encuentra lúcida, orientada en tiempo y espacio, con buena predisposición y cooperación a la evaluación realizada, con un lenguaje comprensible y audible, con pensamiento lógico conservado, juicio crítico conservado y sin alteraciones en el sentido de realidad.

La paciente se encuentra orientada en espacio y tiempo, con puntajes dentro de los rangos normales en las siguientes funciones evaluadas: atención, lenguaje, fluencia verbal, y visuoconstrucción.

En el rendimiento general del dominio de memoria, si bien recuerda significados, conceptos generales, hechos del pasado y nombres, la paciente presenta un perfil neuropsicológico mnésico. Evidencia un declive moderado a grave, con importantes fallas en la retención de información, en el recuerdo diferido y en la evocación post-interferencia, donde no logra beneficiarse con la ayuda de claves. Este aspecto podría estar indicando similitudes al perfil mnésico de la Enfermedad de Alzheimer.

La información de la presente evaluación neuropsicológica debe correlacionarse con la historia clínica de la paciente y estudios complementarios.

La paciente presenta un perfil mnésico, con deterioro primario en la codificación y evocación.

Sugerencias de Tratamiento/Intervención

Se sugiere:

Solicitar a la paciente el aporte de información sobre medicamentos que consume y frecuencia de las tomas.

Hacer una reevaluación dentro de los próximos 6 meses para seguimiento del estado actual, y evaluar posible curva de deterioro.

Derivar a profesional neurólogo/a para realizar estudios por imágenes y correlacionar estos con el presente informe.

Continuar con la asistencia al Taller de Estimulación Cognitiva, pero con actividades personalizadas para M con especial énfasis en actividades que tengan en cuenta el deterioro encontrado en la memoria, se sugiere tomar como pilares las funciones cognitivas que se encuentran conservadas. Asimismo, también se sugiere realizar rehabilitación externa en el contexto de M para facilitar su desenvolvimiento diario y mejorar su calidad de vida.

Discusión de Resultados

En relación con el primer objetivo, que consistía en especificar las características clínicas y evolutivas del envejecimiento normal y patológico, se observa que la conservación de una buena salud física durante la vejez permite también prevenir el deterioro cognitivo y con ello una mejor calidad de vida, ya que como señala Papalia (2009), los segundos pueden ser la consecuencia o efecto de la enfermedad física. De lo cual se desprende que la prevención de enfermedades, o un adecuado tratamiento de estas si las hubiera, y la implementación y conservación de un estilo de vida saludable tiene su repercusión en un mejor funcionamiento físico y mental durante la adultez tardía. Como también que los cambios cognitivos que se

asocian con el envejecimiento, tales como el enlentecimiento en la velocidad de procesamiento, en la memoria de corto plazo, si bien pueden afectar el funcionamiento físico e intelectual, debe tenerse presente que la demencia no es una parte inevitable de esta etapa vital de las personas.

En relación con el segundo objetivo, que consistía en realizar el perfil neuropsicológico de un adulto mayor que concurre a un taller de estimulación cognitiva, se encontró un importante déficit en el dominio cognitivo memoria, y se encontraron divergencias entre las pruebas administradas para funciones ejecutivas.

Cabe aclarar que no se contó con la historia clínica de la paciente, o con estudios complementarios tales como estudios de neuroimágenes, como tampoco con una evaluación neuropsicológica previa, y por esta razón se realizó una comparación cualitativa teniendo presente los aspectos generales y específicos del envejecimiento normal y del envejecimiento patológico.

Respecto del rendimiento cognitivo general, al tratarse de una paciente dedicada a promover su bienestar, hábito que mantuvo durante toda su vida, puede observarse asimismo una merma en sus capacidades intelectuales en general, con declive en el dominio memoria, donde se pudo percibir fallas al retener la información proporcionada, en el recuerdo diferido y en la evocación post-interferencia, como también en la retención de información el tiempo suficiente para realizar una tarea. Uno de los primeros síntomas que aparecen en personas con Enfermedad de Alzheimer son los olvidos frecuentes, y si bien se ven afectados todos los dominios, el más perjudicado desde el inicio es la memoria.

Como se sabe, el envejecimiento cortical es debido a un proceso degenerativo natural de la corteza que implica atrofia y eventualmente muerte neuronal y afecta de diferente modo a las distintas áreas de la corteza. El envejecimiento cerebral, como proceso complejo, es debido a la interacción de factores genéticos, metabólicos, hormonales y ambientales que afectan a las diferentes áreas del cerebro. Siendo la pérdida de memoria uno de los signos más comunes y

evidentes.

El cerebro humano, al estar dotado de una amplia capacidad de transformación, que es lo que se denomina plasticidad cerebral, esta cualidad lo convierte en el órgano que más modificaciones puede experimentar a lo largo de la vida de las personas. Y la estimulación cognitiva puede contribuir a esta transformación del cerebro, que crea nuevos circuitos neuronales o modifica los ya existentes, todo lo cual contribuye a mantener o mejorar la calidad de vida de las personas mayores de edad que se encuentran atravesando un proceso de envejecimiento normal, o, en el caso de un deterioro cognitivo, mejorar la vida de los afectados.

Sin embargo, es necesario aclarar que un taller de estimulación cognitiva que tenga pautadas actividades generales para el grupo y que no contemple las especiales e individuales necesidades de los participantes del mismo, en cuanto al rendimiento cognitivo, no alcanza su plena eficacia y se corre el riesgo de solapar eventuales deterioros cognitivos en sus participantes, si previamente no se le realiza a cada uno su respectiva evaluación que permita trazar su perfil neuropsicológico, para con esos resultados indicar aquellas actividades de estimulación cognitiva adecuadas a cada necesidad.

En relación con el tercer objetivo, la plasticidad cerebral puede entonces posibilitar la conservación de los procesos cognitivos en los adultos mayores

sanos, o también puede ayudar a la recuperación aquellos dominios que han sido afectados por el deterioro cognitivo, o prevenir que este continúe su avance.

Es en este sentido que el taller de estimulación cognitiva, como terapia no farmacológica, tiene eficacia en el tratamiento de las enfermedades neurodegenerativas, en pacientes con alteraciones cognitivas derivadas de daño cerebral de diverso origen, y también en adultos mayores que cursan un proceso de envejecimiento normal.

El objetivo de la estimulación cognitiva claramente es mejorar la calidad de vida, promover la autonomía en las personas, frenar el deterioro cognitivo en las enfermedades neurodegenerativas, y también mejorar el mismo en los casos de daño cerebral y en las

demencias reversibles, por ejemplo, en la derivada de deficiencia de vitamina B12. A todo esto se suma un sentimiento de bienestar psicológico y emocional, una potenciación de las relaciones sociales y un incremento en la capacidad funcional del paciente. Cabe aclarar, asimismo, que la estimulación cognitiva encuentra su verdadero sentido y eficacia en que acompañe al paciente en su desenvolvimiento cotidiano para mejorar este, en que, fundamentalmente, pueda aplicar la misma a las actividades de su vida diaria, para que así cumpla su función.

En respuesta a los objetivos planteados, al evaluar adultos mayores debe tenerse presente el estado general de salud ya que de esto depende la interpretación de los resultados, puesto que un individuo con patologías subyacentes tendrá un rendimiento diferente de aquel que atraviesa por un proceso de envejecimiento sin mayores complicaciones, esto es, normal. Como también debe atenderse al grado de integración e interacción social del adulto mayor, ya que cuanto más activo se mantenga el sujeto, mayores posibilidades tiene de disfrutar de un envejecimiento sano, según estiman Griffa y Moreno (2001).

Conclusiones

El presente trabajo logró el cumplimiento de los objetivos propuestos. Mediante la selección de diferentes pruebas neuropsicológicas se trazó el perfil neuropsicológico de una paciente adulta mayor que cursa un proceso de envejecimiento patológico y se evaluó su funcionamiento neuropsicológico.

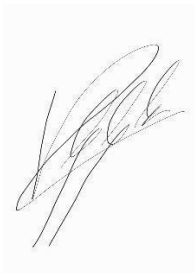
Una de las principales limitaciones fue la imposibilidad de acceder a los antecedentes clínicos, ya que en la institución donde la paciente asiste al taller de estimulación cognitiva no se contaba en ese momento con una historia clínica completa, puesto que no incluía estudios complementarios, lo cual habría permitido realizar una comparación transversal de su funcionamiento cognitivo desde su ingreso a la institución hasta el momento en que fue evaluada para el presente trabajo. Como también que, si hubiese sido evaluada al momento de

ingresar al taller de estimulación cognitiva, con probabilidad se habría podido detectar a tiempo la presencia de algún declive, y el grado de este, y se habría podido diseñar un programa de entrenamiento personalizado para M que incluyese, además de las actividades habituales, el aprendizaje de alguna nueva habilidad para incluir todos los dominios cognitivos.

Otra limitación fue que, al no poder realizarse otra entrevista adicional, por los tiempos asignados a las prácticas, no se pudo obtener la información que habría permitido conocer las causas de su cirugía mamaria, y cuál era la medicación indicada para su corazón.

Esto lleva a reflexionar sobre la importancia de realizar evaluaciones neuropsicológicas en el momento de recibir a una persona adulta mayor que requiere de estimulación cognitiva y, no menos importante, estudios médicos y de imágenes a fin de trazar un perfil completo del paciente, ya que contar con esta información a tiempo puede detener en algunos casos, o prevenir el avance de un deterioro cognitivo que progrese a una demencia.

Por otro lado, se destaca la importancia de trazar claramente los parámetros que permiten diferenciar un envejecimiento normal de un proceso de senectud patológica desde nuestra disciplina, ya que pertenecer a uno u otro grupo depende de factores tales como el cuidado y preservación de la salud, el ejercicio, una nutrición adecuada, las redes de apoyo familiar y social, las actividades de ocio e interacción con otros. Es decir que es posible concebir a esta etapa del ciclo vital de los seres humanos, como señala Orrú (2012), donde el ser humano es un partícipe necesario en su medio ambiente, no como alguien determinado por este. Y donde al ser un ser social y cultural que participa de una serie de interrelaciones, puede ubicarse desde una mirada activa y protagonista de su tiempo, brindando y brindándose una nueva perspectiva de envejecer.



Norma Cristina Chiesa

Emanuel Pompilio

Referencias Bibliográficas Consultadas

Acosta, R., Dorado, C., y Utria, O. (2014). Inclusión de la neuropsicología como servicio especializado de salud en Colombia. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 97-106.

<https://doi.org/10.21500/19002386.1224>

Addenbrooke's Cognitive Examination III. Versión Argentina A. (2013).

<https://www.ineco.org.ar/profesional/materiales/>

Alvarado García, A., y Salazar Maya, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002/>

Alves Apóstolo, J., Batista Cardoso, D., Paúl, C., Alves Rodríguez, M., y Macedo, M. (2016). Efectos de la estimulación cognitiva sobre las personas mayores en el ámbito comunitario. *Enfermería Clínica*, (26)2, 111-120. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.07.008>

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V*. Editorial Medica Panamericana.

Arechabala, M. (2007). Promoción en salud y envejecimiento activo. *Medwave.cl*

Arosio, B., Ostan, R., Mari, D., Damanti, S., Ronchetti, F., y Arcudi, S. (2017). Cognitive status in the oldest old and centenarians: a condition crucial for quality of life methodologically difficult to assess. *Mechanisms of Ageing and Development*, (165)B, 185-194.

<https://doi.org/10.1016/j.mad.2017.02.010>

Bausela Herreras, E. (2008). Evaluación neuropsicológica en población adulta; instrumentos de evaluación. *Cuadernos de neuropsicología*, 2(2), 136-149.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232008000200003&lng=pt&lng=es

Bausela Herreras, E. (2014). Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción psicológica*, 11(1), 21-34. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.1.1.13789>

Besdine, R. (2019). *Physical changes with aging*. MSD Manual Professional Version.

<https://www.msmanuals.com/professional/geriatrics/approach-to-the-geriatric-patient/physical-changes-with-aging>

Bruno, D., Slachevsky, A., Fiorentino, N., Rueda, D., Bruno, G., Tagle, A., Olavarria, L., Flores, P., Lillo, P., Roca, M., y Torralva, T. (2017). Validación argentino-chilena de la versión en español del test Addenbrooke's Cognitive Examination III para el diagnóstico de demencia. *Neurología*. 35(2). 82-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2017.06.004>

Burin, D., Drake, M., y Harris, P. (2008). *Evaluación Neuropsicológica en Adultos*. Paidós

Calero, M., y Navarro, E. (2006). *Psychological predictor of cognitive decline and mortality in old age*. Focus on cognitive research. Nova Publishers

De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Sudamericana.

Dolores Calero M., López Pérez Díaz, A., Navarro González, E., y Calero García, M. (2013). Cognitive plasticity, cognitive functioning and quality of life (QoL) in a sample of young-old and old-old adults in southern Spain. *Aging Clin Exp Res*. 25, 35-42 <https://doi.org/10.1007/s40520-013-0012-2/>

Dugdale, D. (2020). *Aging changes in the heart and blood vessels*. MedlinePlus.

<https://medlineplus.gov/ency/article/004006.htm>

Flicker, C., Ferris, S., y Reisberg, B. (1991). *Mild cognitive impairment in the elderly: predictors of dementia*. *Neurology*. <https://doi.org/10.1212/wnl.41.7.1006/>

Flint, B., y Tadi, P. (2020). *Physiology, aging*. Stat Pearls.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556106/>

Griffa, M., y Moreno, J. (2001). *Claves para la comprensión de la psicología de todas las edades*.

Tomo II. Ediciones Braga

Guinea, R. (2015). Rehabilitación psicosocial, perspectivas en el mundo. *Tramas*, 43, 13-39.

<https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/download/748/743>

Gutierrez Rodríguez, J., y Guzmán Gutierrez, G. (2017). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 52(1), 3-6.

[https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(18\)30072-6](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(18)30072-6)

Hann, M., Colon, V., Moore, K., González, H., Mehta, K., y Hinton, L. (2007). Predictors of decline in cognitive status, incidence of dementia/CIND and all-cause mortality in older latinos: The role of nativity and cultural orientation in the Sacramento Area Latino Study on Aging. En: Angel J, Whitfield KE, editors. *The Health of Aging Hispanics*. Springer, New York, NY.

https://doi.org/10.1007/978-0-387-47208-9_5/

Ineco Frontal Screening. <https://www.ineco.org.ar/profesional/materiales/>

Jiménez Gonzalo, L., Del Sequeros Pedroso Chaparro, M., Barrera Caballero, S., y Losada Baltar, A. (2020). Viabilidad de una intervención psicológica individualizada para personas mayores con demencia y discapacidad visual. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 55(5), 279-285.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.02.006/>

Johnson, L. E. (2022). *Carencia de vitamina B12 (Anemia perniciosa)*.

<https://www.msdmanuals.com/es-ar/hogar/trastornos-nutricionales/vitaminas/carencia-de-vitamina-b12>

Knopman, D., Boland, L., Mosley, T., Howard, G., Liao, D., y Szklo, M. (2001). *Cardiovascular risk factors and cognitive decline in middle-aged adults*. *Neurology*.

<https://doi.org/10.1212/wnl.56.1.42/>

León Estrada, I., García García, J., y Roldán Tapia, L. (2017): Escala de reserva cognitiva: ajuste del

modelo teórico y baremación. *Rev Neuro*, 64(1), 7-16.

<https://doi.org/10.33588/rn.6401.2016295/>

López, A., Calero, M. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(4), 220-224. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.006>

Margulis, L., Squillace Louhau, M., y Ferreres, A. (2018). Baremo del Trail Making Test Para Capital Federal y Gran Buenos aires. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 10(3), 54-63.

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9035/1/baremo-trail-making-test.pdf>

Martinez Estrada, K., Cadabal Rodriguez, T., Miguens Blanco, I., y García Méndez, L. (2013).

Manifestaciones neurológicas por déficit aislado de vitamina B12. *Medicina de Familia.*

SEMERGEN, 39(5), e8-e11. <https://doi.org/E8-e11.10.1016/j.semerg.2012.06.006/>

Martino, P., y Gallegos, M. (2021). Estudios normativos argentinos sobre pruebas cognitivas para adultos: una revisión sistemática (2000-2020). *Revista Argentina de Ciencias del*

Comportamiento, 13(3). 19-33. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v13.n3.28270/>

Molina, M. (2016). El rol de la evaluación neuropsicológica en el diagnóstico y en el seguimiento de las demencias. *Revista de Médica Clínica Las Condes*, 27(3). 319-331.

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.06.006/>

Moreno Otero, R., y Cortés, J. (2008). Nutrición y alcoholismo crónico. *Nutrición Hospitalaria*, 23(2), 3-

7. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-

[16112008000600002&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000600002&lng=es&tlng=es.)

Muñoz González, D. (2018). La estimulación cognitiva como estrategia para la atención

psicogerontológica a los adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública.*

44(3), 1-8. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n3/e1077/es>

Ohayon, M., y Vecchierini, M. (2002). Daytime sleepiness and cognitive impairment in the elderly

population. *Arch Intern Med*. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.2.201/>

Oliveri, M. (2020). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina*. Banco Interamericano de

desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0002891>

- Orrú, S. (2012). Bases conceptuales del enfoque histórico-cultural para la comprensión del lenguaje. *Estudios Pedagógicos*, 28(2), 337-353. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/estped/v38n2/art21.pdf>
- Ostrosky, F., Gómez, M., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., y Pineda, D. (2012). *Neuropsi. Atención y Memoria*. Ed. Manual Moderno
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., y Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. (3ra edición). Mc Graw Hill.
- Pedraza, P. (2013): Neuropsicología del Envejecimiento. *Escritos de Psicología*, 6(3),1-4. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1411/>
- Pérez Amat, A., Bonete López, B., y Sitges Maciá, E. (2018). Eficacia de un programa combinado de mindfulness o atención selectiva en el envejecimiento activo: un estudio piloto. 53. (S1). *Número especial: 60 Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.123/>
- Pompilio, E., y Bottaro, J. (2022). Neuropsicología y Salud Pública. *Revista Psiuc* 8, 1-11. <https://ediuc.ucongreso.edu.ar/wp-content/uploads/sites/6/2022/10/Neuropsicologia-y-salud-publica.pdf>
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Mc Graw Hill
- Puig Alemán, A. (2000). *Un instrumento eficaz para prevenir el deterioro cognitivo de los ancianos institucionalizados: El Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP)*. http://www.nexusediciones.com/pdf/qero2000_3/q-10-3-002.pdf
- Querejeta, A., Sarquís, Y., Fontana, E., Marengo, L., Roqué, D., y Montero, L. (2017). Test Neuropsi. Normas según edad y nivel de instrucción para Argentina. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 17(2), 1-26. <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/5>
- Reitan, R. (1958). *Trail Making Test*. https://www.center-tbi.eu/files/approved-translations/Spanish/SPANISH_TMT.pdf
- Rendón Torres, L., Sierra Rojas, I., Benavidez Guerrero, C., Botello Moreno, Y., Guajardo Balderas, V., y García Perales, L., (2015). Factores predictores del deterioro cognitivo en personas mayores

de 60 años. *Enfermería Clínica*, 31(2), 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.026>

Rey Cao, A., Cannales Lacruz, I., y Táboas País, M. (2011). Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad “Memoria en movimiento”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(2), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.08.005/>

Rey, A. (2003). *Rey. Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas*. 8va edición. TEA ediciones.

Rivera, D., Perrinb, P., Morlett Paredes, A., Galarza Del Angel, J., Martínez, C., Garza, M., Saracho, C., Rodríguez, W., Rodríguez Agudelo, Y., Rábago, B., Aliaga, A., Schebela, S., Luna, M., Longoni, M., Ocampo Barba, N., Fernández, E., Esenarro, L., García Egan, P., y Arango Lasprilla, J. (2015). Rey–Osterrieth Complex Figure – copy and immediate recall: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. *NeuroRehabilitation*, (37)4, 677-698. <https://doi.org/10.3233/NRE-151285/>

Rodríguez Artalejo, F. (2011). Envejecer satisfactoriamente. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 46(1) 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.003/>

Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en Psicología Clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>

Sierra Sanjurjo, N., Saraniti, A., Gleichgerrcht, E., Roca, M., Manes, F., y Torralva, T. (2018). El IFS (Cribado Frontal INECO) y nivel de estudios: Datos normativos, *Neuropsicología Aplicada: Adulto*, 26(4), 331-339. <https://doi.org/10.1080/23279095.2018.1427096/>

Stern, Y. (2009). Cognitive Reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015-2028 <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004/>

Taffet, G. E. (2021). *Normal aging*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/normal-aging>

Tolosa Ramírez, D., y Martella, D. (2019). Reserva cognitiva y demencias: Limitaciones del efecto protector en el envejecimiento y el deterioro cognitivo. *Rev. Med. Chile*, 147(12), 1594-1612.

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019001201594/>

Villalba Agustín, S., y Espert Tortajada, R. (2014). Estimulación Cognitiva: Una Revisión

Neuropsicológica. *Terapeía: estudios y propuestas en ciencias de la salud* 6. 73-94.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5149523>

Anexos

- Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE III

ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION - ACE-III
Versión Argentina A (2013)

PELLIDO Y NOMBRE: Daniela Molino
EDAD: 82 años
CIUDAD DE EDUCACIÓN: Tucumán
OCUPACIÓN: docente jubilada
FECHA DE NACIMIENTO: 20/12/40
HCL:
EXAMINADOR: Chiesa
FECHA DE EVALUACIÓN:
ANTECEDENTES:

Control cardiológico
 Cirugía mamaria hace 7 años
 Medicamentos para el @
 Antihipertensivos
 Psicofármacos no

ATENCIÓN					ATENCIÓN				
AÑO	ESTACIÓN	MES	FECHA	DÍA	PAIS	CIUDAD	BARRIO	LUGAR	PISO

tolerancia para fecha: +/-2
 *ambos con intención: si el paciente dice la estación que acaba de finalizar, preguntar: ¿Qué otra estación podría ser? Se puntúa 1 por respuesta correcta.

ATENCIÓN				
PELOTA	BANDERA	ARBOL	Cart. Enanos...	
				5 / 3
*(100-7) 93	86	79	72	65
				5 / 5

*preguntar al sujeto: cuánto es 100 menos 7? Luego de que el sujeto responda, pídale que reste otros 7 hasta un total de 5 restas. Si el sujeto se equivoca, continúe desde el valor respondido por el sujeto (ej. 93, 86, 77, 70, 63 score 4). Otorgue 1 punto solo a las respuestas correctas.

MEMORIA				
PELOTA	BANDERA	ARBOL	DID. PBN	
				1 / 3

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

VELOCIDAD VERBAL: 75/14

Letras
 Dir al sujeto: Voy a decirle una letra del abecedario y quisiera que usted mencionara la mayor cantidad de palabras que pueda con esa letra, pero que no sean nombres propios de personas o lugares. Por ejemplo, le doy la letra "C", usted podría decir palabras como "casa, camino, carro así. Pero no puede decir palabras como Carolina o Canadá. ¿Entendió? ¿Está listo? Tiene un minuto. La letra que quiero que use es la letra "P".

Animales
 Dir al sujeto: "Ahora nombre todos los animales que pueda, comenzando con cualquier letra". El participante puede equivocarse y decir sólo nombres de animales que comiencen con la letra "P", en ese caso repetir las instrucciones durante los 60 segundos, si es necesario.

0-15"	15-30"	30-45"	45-60"
0-15"	15-30"	30-45"	45-60"
TOTAL:		TOTAL:	

Tiempo en el que se dice la primera palabra:
 Repeticiones:
 Intrusiones relacionadas con un ejercicio previo:
 Intrusiones no relacionadas:
 Otros errores:
 Errores de pronunciación:

P	>18	14-12	11-13	8-10	6-7	4-5	2-3	<2
Animales	>22	17-21	14-16	11-13	9-10	7-8	5-6	<5
Puntaje	7	6	5	4	3	2	1	0

MEMORIA

NOMBRES Y DIRECCIONES: I II III

LUIS			
REYNAL			
PEDRO			
GOYENA			
420			
ROSARIO			
SANTA FE			

*Voy a decirle el nombre de una persona y su dirección y me gustaría que lo repitiera después de mí. Para que pueda aprenderlo, vamos a hacerlo 3 veces. Le volveré a preguntar por el nombre y dirección más adelante. Si el paciente comienza a repetir junto con Ud, pídale que espere hasta que Ud. haya terminado.
 Otorgue 1 punto por cada elemento recordado correctamente. Luego de puntuar el primer trial, realice la tarea dos veces más exactamente de la misma manera. Registrar la puntuación en cada trial.
 Para el puntaje sólo cuenta el 3° trial.

AP, N y D: 7/12
 Nombre del actual Presidente: 2/14
 Nombre de la Persona que descubrió América: /
 Nombre del Papa: /
 Nombre del Presidente estadounidense asesinado en la década del 60: /

LENGUAJE

COMPRESIÓN

Ubique un lápiz y un papel enfrente del sujeto. A modo de prueba, pídale que **"Tome el lápiz y luego el papel"**. Si lo realiza de forma incorrecta, pútle 0 y no continúe con este ítem.

Si el sujeto realiza correctamente la prueba, continúe con las siguientes tres instrucciones:

"Ponga el papel encima del lápiz" **"Tome el lápiz pero no el papel"** **"Deme el lápiz después de tocar el papel"**

Nota: Ubique el lápiz y el papel enfrente del sujeto antes de cada instrucción.
 Otorgue 1 punto por cada orden correctamente realizada. No permita que el participante tome el papel antes que Ud. termine de decir las instrucciones.

7/3

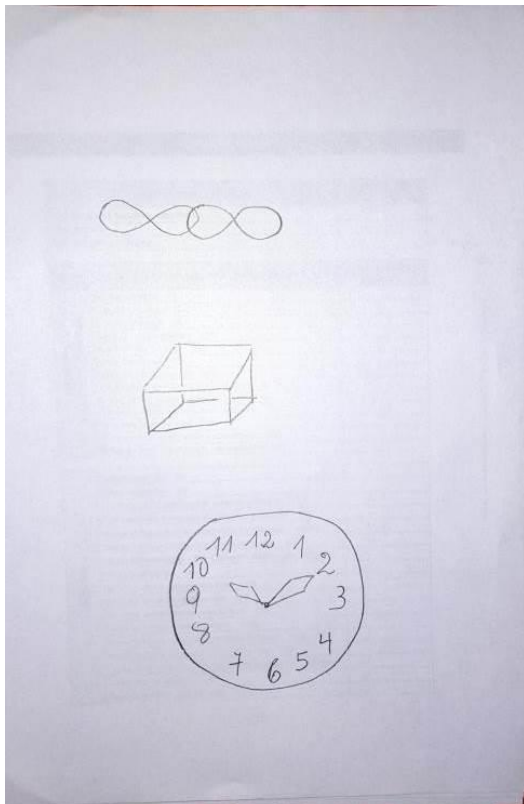
Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

INGUAJE		/ 2
El sujeto que escriba dos (o más) oraciones completas sobre sus últimas vacaciones / fin de semana / Navidad. Pídale que escriba oraciones completas de no más de 10 palabras. Otorgue 1 punto si hay al menos dos oraciones sobre el mismo tema, y anote 1 punto extra si la gramática y la ortografía son correctas.		
INGUAJE		2 / 2
POPÓTAMO	EXCENTRICIDAD	ININTELIGIBLE
a) al sujeto que repita cada una de las siguientes palabras después de que usted las diga. Puntaje 2 si están todas correctas; 1 si 3 fueron correctas; 0 si 2 o menos fueron correctas.		
INGUAJE		/ 2
FLAN TIENE FRUTILLAS Y FRAMBUESAS	/ 1	LA ORQUESTA TOCÓ Y LA AUDIENCIA LA APLAUDIÓ
INGUAJE		12 / 12
LIBRO	CANGURO	PINGÜINO
ANCLA	CAMELLO	ACORDEÓN
LIBRO	RINCOERONTE	BARRIL
CORONA	COCODRILLO	ACORDEÓN
INGUAJE		4 / 4
¿A QUÉ CUÁL ESTÁ ASOCIADO A LA MONARQUÍA	CUÁL SE PUEDE ENCONTRAR EN LA ANTÁRTIDA	
¿A QUÉ CUÁL ES UN MARSUPIAL	CUÁL SE RELACIONA CON LA NÁUTICA (NAVEGACIÓN)	
INGUAJE		/ 1
SZZ	LASSAGNA	JEAN
HIPPIE	JUMBO	
Instruir al sujeto las siguientes palabras y pedirle: "Lee cada una de las siguientes palabras". Otorgar 1 punto si todas son leídas correctamente.		
ABILIDADES VISUOESPACIALES		
DIAGRAMA DEL INFINITO	/ 1	ESFERA RELOJ
UBO	/ 2	NÚMEROS RELOJ
		AGUJAS RELOJ
MONTE PUNTOS	4 / 4	TOTAL RELOJ
ETRAS INCOMPLETAS K. M. A. T	4 / 4	
MEMORIA		
LUIS		
REYNAL		
EDRO		
GOYENA		
ROZARIO		
SANTA FE		
Este test sólo debe realizarse si el sujeto ha recordado todos los ítems en el rubricado anterior. Si todos los ítems fueron recordados correctamente, se realiza el test y puntaje 5. Si sólo uno parte fue recordado en el rubricado anterior comienza marcando con un círculo los ítems recordados. Luego leer los ítems no recordados diciendo: "Bueno, la voy a dar algunas pistas: el hombre se llama X. Y o Z, y así sucesivamente. Cada ítem recordado cuenta. El puntaje que se suma a los puntajes recordados originalmente".		
MEMORIA		/ 5
LUCAS REYNAL	LUIS REYNAL	LUIS ROYAL
PEDRO GALEANO	PABLO GOYENA	PEDRO GOYENA
240	420	450
CAPITAL FEDERAL	ROSARIO	RESISTENCIA
SANTA FE	BUENOS AIRES	CHACO
PUNTAJES ACE-III		
ATENCIÓN	18 / 18	
MEMORIA	20 / 26	
FLUENCIA VERBAL	13 / 14	
LENGUAJE	25 / 26	
ABILIDADES VISUOESPACIALES	16 / 16	
TOTAL ACE-III	92 / 100	

Los valores normativos están basados en 13 controles cuya edad está entre 51 y 75 años y 142 personas con demencia entre 46 y 86 años.
Puntaje de corte: >88 poseer 94% de especificidad y 80% de especificidad para demencia.
Puntaje de corte: >82 tiene 84% de sensibilidad y 100% de especificidad para demencia.
En personas con menos de 12 años de educación el puntaje de corte es de 86.

Puntaje de corte: 80
MEM: 13 + 25 = 38

Me gusta mi cumpleaños, porque siempre me encuentro acompañado de mis seres queridos. -



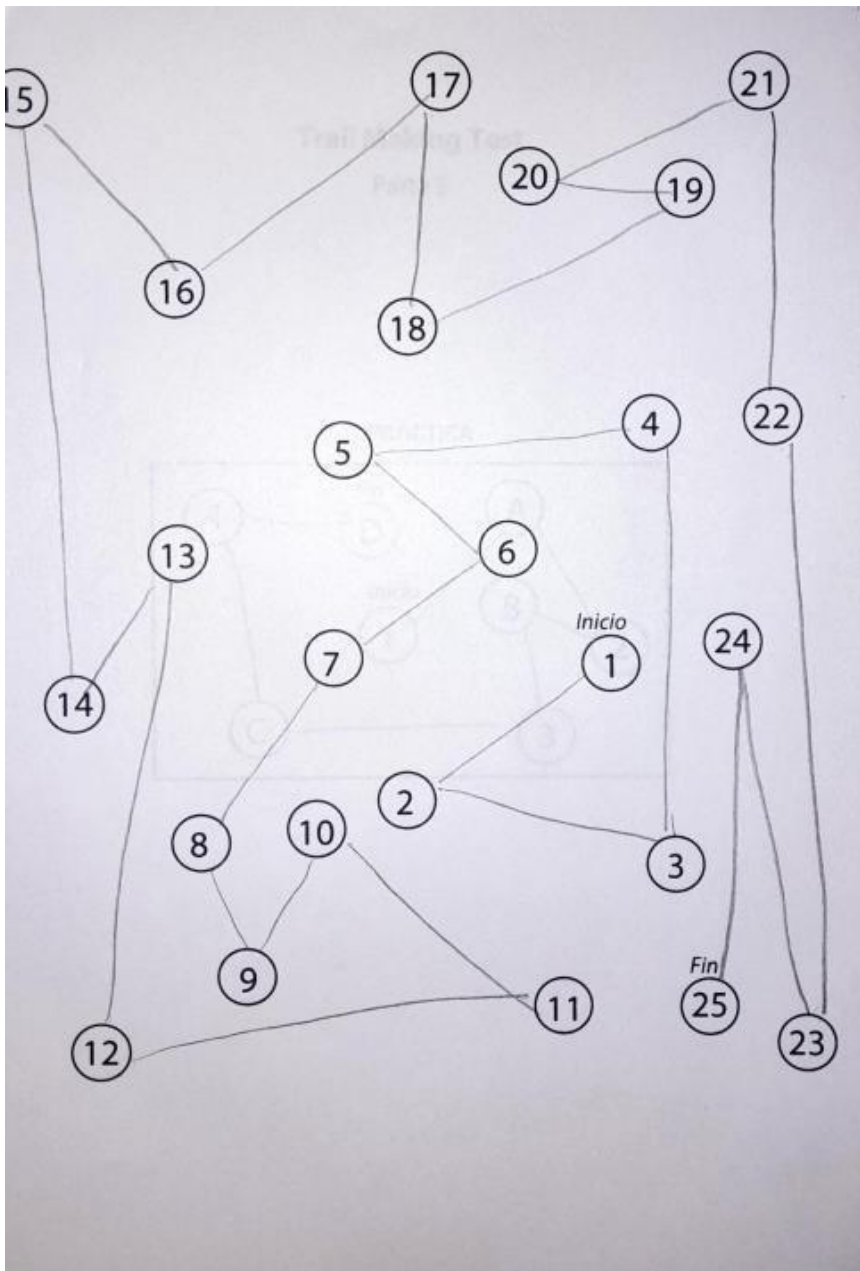
Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- INECO Frontal Screening (IFS)

INECO FRONTAL SCREENING						
SERIES MOTORAS						3/3
"Mire atentamente lo que estoy haciendo". El examinador realiza tres veces la serie de Luria "puño, codo, palma". Ahora haga lo mismo con su mano derecha, primero conmigo y después solo." El examinador realiza las series 3 veces con el paciente y luego le dice: "Ahora, hágalo usted solo". Puntuación: 6 series consecutivas solo: 3 / al menos 3 series consecutivas solo: 2 / El paciente falla en 1 pero logra 3 series consecutivas con el examinador: 1 / El paciente no logra 3 series consecutivas con el examinador: 0						
INSTRUCCIONES CONFLICTIVAS						3/3
"Golpee dos veces cuando yo golpee una vez". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1-1. "Golpee una vez cuando yo golpee dos veces". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 0						
CONTROL INHIBITORIO MOTOR						3/3
"Golpee una vez cuando yo golpee una vez". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1-1. "No golpee cuando yo golpee dos veces". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 0						
REPETICIÓN DE DÍGITOS ATRÁS						4/6
2-4			5-7			
6-2-9			4-1-5			
3-2-7-9			4-9-6-8			
1-5-2-8-6			6-1-8-4-3			
5-3-9-4-1-8			7-2-4-8-5-6			
8-1-2-9-3-6-5			4-7-3-9-1-2-8			
9-4-3-7-6-2-5-8			7-2-8-1-9-6-5-3			
MESES ATRÁS						2/2
Diciembre	Noviembre	Octubre	Septiembre	Agosto	Julio	
Junio	Mayo	Abril	Marzo	Febrero	Enero	
MEMORIA DE TRABAJO VISUAL						2/4
1-2			3-4-2-1			
2-4-3			1-4-2-3-4			
Señale los cubos en el orden indicado, el paciente deberá copiar esta secuencia de movimientos en orden inverso. Hágalo despacio; el paciente decide qué mano prefiere utilizar.						
REFRANES						3/3
Perro que ladra, no muerde	Los que hablan mucho, suelen hacer poco.					
A mal tiempo, buena cara	Tomar una actitud positiva frente a las adversidades					
En casa de herrero, cuchillo de palo	Carecer de algo cuando por tu profesión u oficio, no debiera faltarte					
Ejemplo: 1o punto. Explicación Correcta: 1 Punto.						
CONTROL INHIBITORIO VERBAL						3/6
Iniciación						
Me pongo los zapatos y me ato los						
Peleaban como perro y						
Inhibición						
Juan compró caramelos en el						
Ojo por ojo y diente por						
Lavé la foga con agua y						
Iniciación: Escuche cuidadosamente esta oración y cuando yo haya terminado de leerla, usted debe decirme lo más rápido posible, qué palabra podría completar la frase. Consignar respuesta.						
Inhibición. Diferente: 2 / Rel. Semántica: 1 / Palabra exacta: 0 punto. Esta vez quiero que me diga una palabra que no tenga ningún sentido en el contexto de la oración, que no tenga ninguna relación con la misma.						
Por ejemplo: Daniel golpeó el clavo con el ...llavé.						
TOTAL IFS:						23

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- Trail Making Test parte A



Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

Trail Making Test Puntuación

Trail Making Test (TMT)

Trail Making Test Parte A	
Tiempo (segundos)	75
Número de errores	0

Trail Making Test Parte B	
Tiempo (segundos)	110
Número de errores	0

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- Codificación – Curva de Memoria espontánea (Neuropsi)

4. CODIFICACIÓN. CURVA DE MEMORIA ESPONTÁNEA

A continuación voy a leerle una lista de palabras, las cuales debe repetir, sin importar el orden, inmediatamente después de que yo termine. Repetiré la misma lista tres veces y cada vez usted deberá decirme todas las palabras que recuerde sin importar si las mencionó antes o no. Más adelante voy a pedirle que repita nuevamente todas las palabras que recuerde.

Se proporcionan los tres ensayos. (Evocación 20 minutos después).
Se anota con números el orden en el que el sujeto responde.

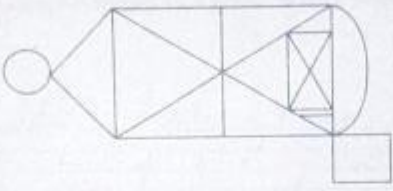
	1	2	3
Cara	/	/	/
Pera		3	/
Burro			
Fresa	/	/	/
Pato			/
Ceja			/
Rana		/	/
Hombro		2	/
Cabra			
Piña	/	/	
Codo	/	/	/
Lima	/	4	/
Curva aprendizaje	5	8	9
	12	12	12

Intrusiones _____
 Perseveraciones / _____
 Primacia $33,3\%$
 Recencia 67%
 Categoría 3 _____
 Curva aprendizaje \hookrightarrow \rightarrow \rightarrow \rightarrow \rightarrow _____
 VOLUMEN TOTAL PROMEDIO $\frac{40}{7}$ (12)

- Codificación. Coipa de la Figura de Rey- Osterreith (Neuropsi)

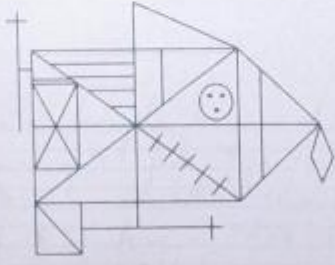
5. CODIFICACIÓN. PROCESO VISOESPACIAL (COPIA DE LA FIGURA SEMICOMPLEJA O DE LA FIGURA DE REY-OSTERREITH)

“Observe con atención esta figura y dibújela, tal como la ve, en esta hoja. Más tarde voy a pedirle que ilustre de nuevo todos los detalles que recuerde de la figura”.
Se utilizó las figuras presentadas a continuación para registrar la secuencia de la copia. Suspender a los 5 minutos. (Evocación 20 minutos después).



Hora _____ Total _____ (12)

Lámina 1. Figura semicompleja. Niños de 6 o 7 años de edad y adultos con baja escolaridad.



Hora $\frac{12:06}{12:10}$ Total $\frac{24}{36}$ (36)

Lámina 2. Figura Rey-Osterreith. Niños de 8 años de edad en adelante y adultos con escolaridad media o alta.

Nota: Este contenido está impreso en verde. NO LO ACEPTE si no cumple sus requisitos.

7

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- Codificación caras y Funciones frontales, formación de categorías (Neuropsi)

7. CODIFICACIÓN. CARAS

A continuación le mostraré las fotografías de algunas personas, junto con sus nombres. En cuanto yo termine usted deberá repetir los nombres que recuerde. Más tarde le pediré que repita nuevamente los nombres y le mostraré estas fotografías junto con otras, para que usted reconozca las que le voy a mostrar ahora.

Se le muestra la lámina 5 y se le dice: "Ella es Lourdes Guzmán"

Se retira la lámina 5, se presenta la 6 y se le dice: "Él es Etraín Ruiz"

Se retira la lámina 6 y se da la indicación siguiente: "¿Puede repetirme los nombres de las personas que le acabo de mostrar?"

(Evocación 20 minutos después)

Lourdes Guzmán _____ Etraín Ruiz _____

TOTAL 2 (4)

8. FUNCIONES FRONTALES. FORMACIÓN DE CATEGORÍAS

"Voy a mostrarle unos dibujos y usted deberá decirme de qué formas puede agruparlos. Por ejemplo (enseñándole la lámina 7), todas estas figuras son partes del cuerpo; el ojo y la boca son partes de la cara; la mano y la pierna son extremidades"

Se presenta la lámina 8 y se indica: "Dígame como se pueden agrupar estas figuras. Trate de formar el mayor número de agrupaciones posibles"

Se continúa con las láminas 9, 10, 11 y 12 del mismo modo

En cada inciso suspender después de un minuto o cuando el sujeto haya logrado cinco categorías correctas. Retirar la tarea después de 5 minutos

Respuestas:

Lámina 8	Lámina 9	Lámina 10	Lámina 11	Lámina 12
1. Faldas	1. Guantes	1. Ojos y boca	1. Sombrero y tela	1. Cabeza y ojo (partes)
2. Vajillas	2. Manos	2. Ojos y boca	2. Sombrero y tela	2. Sombrero y tela
3. Ojos y boca	3. Manos	3. Ojos y boca	3. Sombrero y tela	3. Sombrero
4. Sombrero y tela	4. Sombrero y tela	4. Sombrero y tela	4. Sombrero y tela	4. Sombrero y tela
5. Sombrero y tela	5. Sombrero y tela	5. Sombrero y tela	5. Sombrero y tela	5. Sombrero y tela

(de Hacer y hacer)
4 3 4 2 TOTAL 16 (25)
nº 3 en boca

9

Nota: Este cuadernillo está impreso en papel reciclado. NO LO ACEPTE si no cumple con requisitos.

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- Funciones de evocación. Memoria verbal (Neuropsi)

9. FUNCIONES DE EVOCACIÓN. MEMORIA VERBAL

9.1. Memoria verbal espontánea

Hace un momento aprendió una lista de palabras, ¿cuáles de esas recuerda?

Cara _____	Fresa _____	Rana _____	Piña _____
Pera _____	Pato _____	Hombro _____	Codo _____
Burro _____	Ceja _____	Cabra _____	Lima _____

Intrusiones _____
Perseveraciones _____
TOTAL _____ (12)

9.2. Memoria verbal por claves

De la lista de palabras que se aprendió, mencione algunas frutas. ¿cuáles eran?
 ¿Cuáles eran partes del cuerpo?
 ¿Cuáles eran animales?

Frutas: manzana - pimiento - pera - tomate

Partes del cuerpo: mano - ojo - codo - pierna - brazo

Animales: _____

Intrusiones 0
Perseveraciones _____
TOTAL 0 (12)

9.3. Memoria verbal por reconocimiento

Voy a leerle una lista de palabras, si alguna de ellas pertenece a las palabras que usted memorizó anteriormente, me dirá sí; en caso contrario, no.

Diente <u>NO</u>	Uña <u>NO</u>	Cana <u>NO</u>	Nariz <u>NO</u>
Fresa* <u>✓</u>	Pera* <u>✓</u>	Codo* <u>✓</u>	Uva <u>✓</u>
Carra <u>NO</u>	Gato <u>✓</u>	Pato <u>✓</u>	Rana* <u>NO</u>
Lima* <u>✓</u>	Cabra* <u>NO</u>	Mano <u>✓</u>	Limón <u>NO</u>
Perro <u>✓</u>	Hombro* <u>✓</u>	Brazo <u>✓</u>	Burro* <u>NO</u>
Cara* <u>NO</u>	Piña* <u>✓</u>	Ceja* <u>NO</u>	Mango <u>NO</u>

Aciertos 7
Falsos positivos 5
TOTAL 2 (12)

10. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN. DETECCIÓN VISUAL

Se coloca la hoja de detección visual adjunta y se pide que marque con una "X" todas las figuras que sean iguales a la estrella de cinco picos.

Esta tarea consiste en marcar con una cruz todas las figuras que sean iguales a ésta (se marca una estrella ★). Tiene 1 minuto para marcar las figuras.

Suspender a los 60 segundos.

Omisiones _____
Intrusiones _____
TOTAL _____ (24)

10

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- Funciones de evocación. Memoria Lógica verbal. (Neuropsi)

13. FUNCIONES DE EVOCACIÓN. MEMORIA LÓGICA VERBAL

“¿Recuerda las historias que le leí antes? Dígame **todo** lo que pueda recordar de la primera.”

Cuando la persona termine su relato, decir: “Ahora dígame **todo** lo que pueda recordar de la segunda historia.”

Párrafo 1: Se fue al viaje a la ciudad y el hijo de la...
el hijo de la madre, lo lleva después lo lleva el hijo
al chico

(Ver los cuadros para calificación de Memoria Lógica anexos al final del protocolo de aplicación).

Unidad historia _____ (16)
Unidad tema _____ (5)

Párrafo 2: La no sabe y cuando voy a la ciudad...
y la no sabe y cuando voy a la ciudad...
y la no sabe y cuando voy a la ciudad...
y la no sabe y cuando voy a la ciudad...

(Ver los cuadros para calificación de Memoria Lógica anexos al final del protocolo de aplicación).

Unidad historia _____ (16)
Unidad tema _____ (5)

Nota: Este cuestionario está impreso en español. NO LO USE si no cumple con requisitos.

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- Funciones de evocación. Memoria de caras (Neuropsi)

14. FUNCIONES DE EVOCACIÓN. MEMORIA DE CARAS

14.1. Evocación de nombres "Hace un momento le mostré fotografías de algunas personas, ¿puede decirme cuáles eran sus nombres?"

Si no los recuerda, añadir: "El primer hombre empezaba con L"

Anotar si se obtiene entonces la respuesta y si el apellido es recordado espontáneamente. Si no, dar la primera letra del apellido.

Si el sujeto responde con un apellido incorrecto pero que empieza con la letra correcta, decir: "No, no es ese, pero sí empieza con G".

Proceder con el segundo nombre de la misma manera.

	Espontáneo	Clave		Espontáneo	Clave
Luisen	<input checked="" type="checkbox"/> (2)	(1)	Efrain	<input checked="" type="checkbox"/> (2)	(1)
Guzmán	<input checked="" type="checkbox"/> (2)	(1)	Ruz	<input checked="" type="checkbox"/> (2)	(1)
TOTAL <u>0</u> (8)					

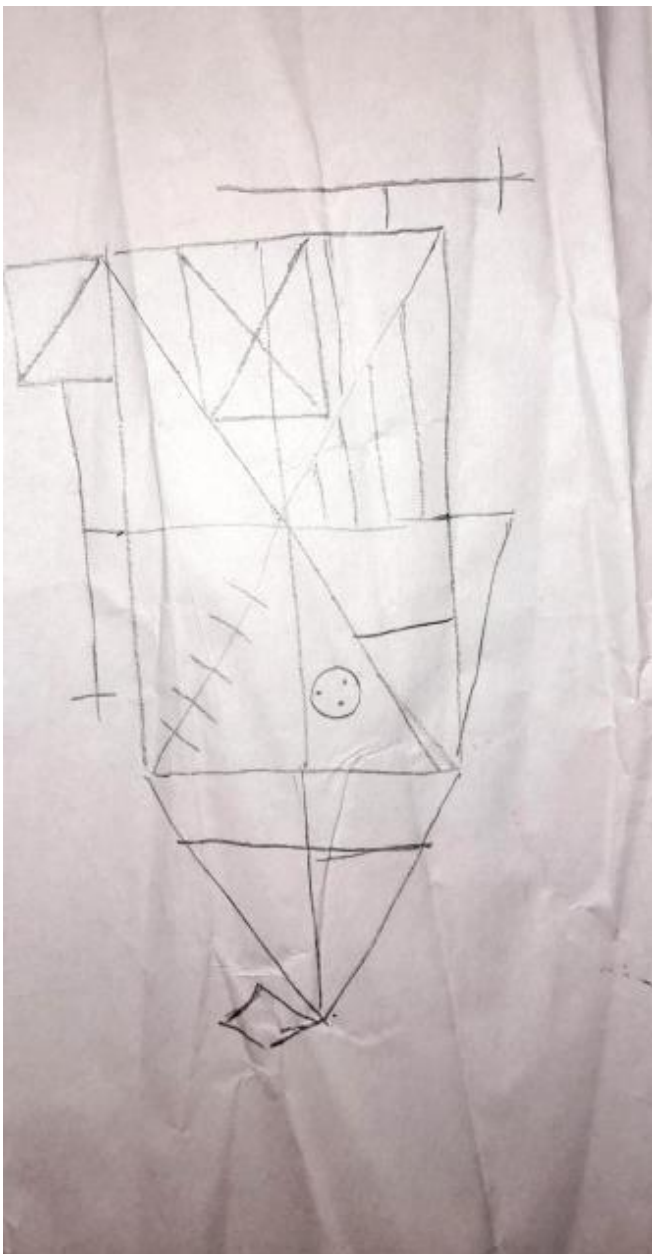
14.2. Reconocimiento de caras se le presenta al sujeto desde la lámina 13 hasta la lámina 16 y se le pide que identifique a las personas que había visto antes.

"Le voy a mostrar algunas fotografías, si alguna de ellas pertenece a las fotografías que usted vio anteriormente, me dirá sí", en caso contrario, "no".

13	_____	15	_____
14	_____	16	_____
Acertos _____			
Falsos positivos _____			
TOTAL _____ (2)			

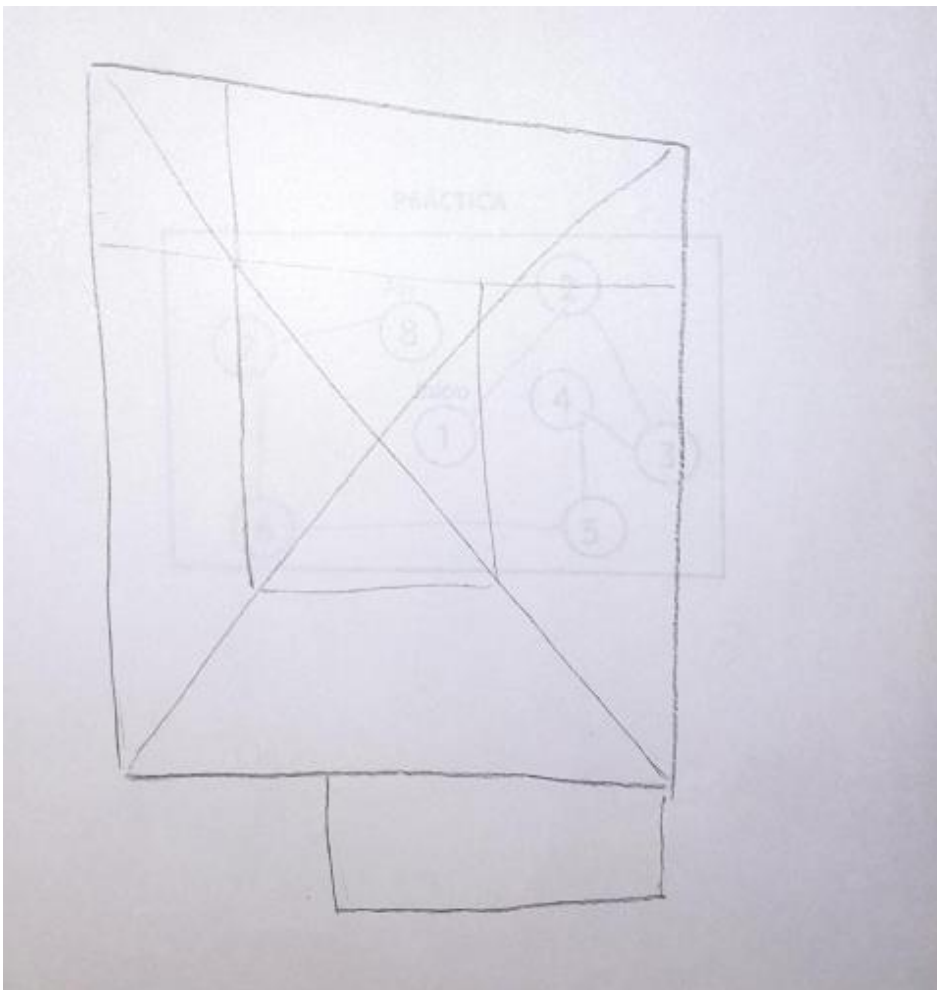
Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- Figura de Rey- Osterreith - Copia



Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- Figura de Rey-Osterreith. Evocación



Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

Hoja de resumen de puntajes Neuropsi

HOJA DE RESUMEN		
PUNTUACIONES TOTALES		PUNTUACIÓN NORMALIZADA
Total atención y funciones ejecutivas		16
Total memoria		64
Total atención y memoria		80

atención leve

ÁREA	SUBESCALAS Y SU PUNTUACIÓN MÁXIMA	PUNTUACIÓN NATURAL
ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS	Orientación total (7)	
	Dígitos progresión (9)	
	Cubos progresión (9)	
	Detección visual aciertos (24)	
	Detección dígitos total (10)	
	Serie sucesivas (3)	
	Formación de categorías (25)	16
	Fluidez verbal semántica (reclasificada) (4)	
	Fluidez verbal fonológica (reclasificada) (4)	
	Fluidez no verbal total (reclasificada) (4)	
	Funciones motoras total (20)	
	Stroop tiempo interferencia (reclasificada) (4)	
	Stroop aciertos interferencia (reclasificada) (4)	
MEMORIA	Dígitos regresión (8)	
	Cubos regresión (8)	
	Curva memoria codificación volumen promedio (12)	2
	Pares asociados codificación volumen promedio (12)	
	Memoria lógica codificación promedio historias (16)	7
	Memoria lógica codificación promedio temas (5)	3
	Figura Semicompleja / Rey-Osterrieth codificación (12/36)	35
	Caras codificación (4)	4
	Memoria verbal espontánea total (12)	0
	Memoria verbal por claves total (12)	1
	Memoria verbal reconocimiento total (12)	2
	Pares asociados evocación total (12)	
	Memoria lógica evocación promedio historias (16)	4
	Memoria lógica evocación promedio temas (5)	3
	Figura semicompleja / Rey-Osterrieth evocación (12/36)	2
Evocación de nombres (8)	0	
Reconocimiento de caras total (2)	0	

25

Nota: Este cuadernillo está impreso en verde. NO LO ACEPTE si no cumple sus requisitos.

Descripción del Perfil Neuropsicológico en un Adulto Mayor que concurre a un Taller de Estimulación Cognitiva, estudio de un Caso Clínico – Lic. Chiesa, Norma Cristina

- Modelo de Consentimiento Informado Administrado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellido:

DNI.....

Doy mi consentimiento para iniciar evaluación neuropsicológica con la Licenciada Chiesa Norma Cristina, en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas de la Carrera de Especialización en Neuropsicología de la Universidad del Aconcagua, dejando constancia de haber sido debidamente informado de las condiciones de la práctica a realizar.

Firma:

Aclaración:

DNI: